FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N° 126

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 12 avril 1872

PAR PAUL-LOUIS GILLET,

Né à Lannion (Côtes-du-Nord),

QUELQUES CONSIDÉRATIONS
SUR LE TYPHUS DE RIANTEC

(MORBIHAN)

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1872

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS.

Doyen. M. WURTZ.

Professeurs. MM.

Anatomie. . . . . SAPPEY.
Physiologie. . . . . N.....
Physique médicale. . . . . GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale. . . . . . WURTZ.
Histoire naturelle medicale. . . . . BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales. . . . . CHAUFFARD.
Pathologie médicale. . . . . AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale. . . . . DOLBEAU. VERNEUIL.
Anatomie pathologique. . . . . VULPIAN.
Histologie. . . . . ROBIN.
Opérations et appareils. . . . . DENONVILLIERS.
Pharmacologie. REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale. . . . . . GUBLER.
Hygiène. . . . . BOUCHARDAT.
Médecine légale. . . . . TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couche et des enfants nouveau-nés . . . . PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . DAREMBERG.
Pathologie comparée et expérimentale . . . . . . BROWN-SÉQUARD.

Chargé de cours.

Clinique médicale. . . . . BOUILLAUD. G. SÉE. LASEGUE. BEHIER.
Clinique chirurgicale . . . . N..... GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements. . . . . DEPAUL.

Professeurs honoraires :

MM. ANDRAL, le Baron J. CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. CRUVEILHIER.	MM. GUENIOT.	MM. OLLIVIER.
BALL.	DUBRUEIL.	GUYON.	PAUL.
BLACHEZ.	DUPLAY.	ISAMBERT.	PÉRIER.
BOCQUILLON.	GARIEL.	LANNELONGUE.	PETER.
BOUCHARD.	GAUTIER.	LÉCORCHÉ.	POLAILLON.
BROUARDEL.	GRIMAUX.	LEDENTU.	PROUST.
CHALVET.			TILLAUX.

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau. . . . . MM. N. . .
— des maladies des enfants. . . . . ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses. . . . . N. . . .
— d'ophthalmologie. . . . . TRELAT.
Chef des travaux anatomiques . . . . Marc SEE.

Examinateurs de la thèse.

MM. BOUCHARDAT, *Président;* AXENFELD, OLLIVIER, DUBRUEIL.

M. LE FILLEUL, *Secrétaire.*

A MA FAMILLE

A M. LE DOCTEUR TOUSSAINT

Médecin de 1re classe de la Marine en retraite,
Chevalier de la Légion d'honneur.

A M. ROCHARD

Directeur du service de santé à l'Ecole de médecine navale de Brest.

A M. MAUGER

Médecin en chef de la Marine, au port de Lorient.

A MES COLLÈGUES DE L'HOPITAL MARITIME DE PORT-LOUIS

QUELQUES CONSIDÉRATIONS

SUR LE

TYPHUS DE RIANTEC

(MORBIHAN)

La commune de Riantec est située vers le milieu de l'extrémité occidentale du département du Morbihan; elle a la forme d'un quadrilatère irrégulier borné au nord par la rivière d'Ibennebont, au sud par la baie du Morbihan et une partie de la commune de Plouhinec, à l'ouest par la rade de Lorient et la presqu'île de Port-Louis, à l'est par les communes de Kervignac, de Merlèvenez, de Plouhinec.

Le sol est en majeure partie constitué par une couche plus ou moins épaisse de terre végétale reposant sur un sous-sol en partie granitique, le plus souvent argileux, ce qui explique la fréquence des fièvres intermittentes dans cette commune.

Les trois quarts de la circonférence de la commune sont baignés par la mer qui forme la presque totalité de la frontière sud et envoie même de ce côté, dans l'intérieur des terres, un vaste prolongement désigné sous le nom de golfe de Riantec, sur les bords duquel s'élèvent en face l'un de l'autre le bourg proprement dit au nord-ouest, et le grand village au sud-est. Les autres principaux centres d'habitation sont : le grand village de Locmiquélic, celui de Nézenel un peu à l'est du premier, tous les deux sur les bords de la rade de Lorient;

celui de Kerderf, situé entre les deux précédents, est un peu plus au sud, d'autres agglomérations moins importantes sont les Salles sur la côte sud à 700 mètres du bourg, le Dreff à 1,500 mètres à l'est, le Guennic à 700 mètres au nord.

La population qui s'élève à un peu plus de 4,000 habitants, se compose de deux catégories bien distinctes : l'une essentiellement agricole, répandue dans les petits villages de l'intérieur ; la seconde, entassée dans les agglomérations plus considérables du bord de la mer, est formée en presque totalité de pêcheurs auxquels viennent s'ajouter, dans les villages de Nézénel, Kerderf et Locmiquélic, un certain nombre d'ouvriers de l'arsenal maritime de Lorient. Ces deux catégories si distinctes ont cependant entre elles des rapports journaliers, car, les unions matrimoniales se faisant presque toujours sur place, ont créé des liens de parenté et des relations qui les rapprochent à chaque instant.

Cette population est sans contredit une des plus arriérées de la Bretagne, si arriérée elle-même. L'ignorance, la malpropreté, l'ivrognerie y sont presque générales ; les règles les plus banales de l'hygiène privée et publique y sont encore plus inconnues que méconnues. Les habitations sont, à de rares exceptions près, de petites maisons basses recouvertes de chaume, percées d'ouvertures insuffisantes en nombre et en dimensions ; une seule pièce sert de logement à toute une famille ; la ventilation est le plus souvent négligée. Les rues du village sont étroites, boueuses, parsemées de flaques d'eau stagnante, encombrées de détritus de toute espèce ; beaucoup d'habitants, même pêcheurs, possédant un petit coin de terre, accumulent sans souci des voisins et d'eux-mêmes, autour de leurs demeures, les immondices de toutes sortes auxquelles ils ajoutent pour augmenter la quantité de fumier dont ils ont besoin, les monceaux de varech apportés par la marée, que les femmes vont recueillir sur la plage. De là, d'innombrables foyers de fermentation où les matières organiques les plus disparates subissent par tous les temps,

par toutes les températures, la série de décompositions qui les transforment en engrais utilisable.

Quant à la propreté corporelle, elle ne laisse pas moins à désirer, les hommes passant une grande partie de leur vie sur l'eau, se couvrent été comme hiver d'une quantité exagérée de vêtements de laine dont le renouvellement est trop rare et les lavages insuffisants; les femmes ont adopté la même mode et dans les deux sexes les ablutions même les plus simples sont trop souvent négligées.

La grande ressource du pays est la pêche, surtout celle de la sardine, et certes il est peu d'industries dont les chances soient plus variables, dont les résultats soient plus aléatoires. Cela sans doute a un peu contribué à entretenir l'insouciance dont on se fait pour ainsi dire une gloire; de plus, l'ivrognerie, générale chez les hommes, trop fréquente chez les femmes, absorbe les épargnes qui pourraient servir à traverser les mauvais jours. De là une pauvreté à peu près générale, un dénûment souvent absolu, et le mauvais succès de la pêche dans ces dernières années est encore venu creuser plus profondément l'abîme de misère où sont plongés les habitants de Riantec.

Dans de pareilles conditions est-il étonnant qu'une maladie infectieuse se développe, qu'elle prenne pour ainsi dire racine dans le pays. Peut-on concevoir un terrain plus propre à entretenir et à en favoriser la propagation? Aussi de tout temps la commune de Riantec a-t-elle payé un tribut des plus onéreux aux différents fléaux qui ont parcouru la France, et, la lenteur avec laquelle elle s'achemine dans les voies du progrès matériel et moral permet de supposer que, pendant longtemps encore elle sera particulièrement soumise à ces désastreuses influences.

Au mois de décembre 1869, j'étais appelé à remplir le poste de médecin résidant à l'hôpital maritime de Port-Louis. Quelque temps après mon entrée en fonctions, j'apprenais qu'une épidémie de nature indéterminée sévissait à quelques kilomètres de mon nouveau poste. Le sous-préfet de l'arrondissement de Lorient, ému par les

rapports qui lui arrivaient de tous côtés, était venu faire une visite dans la commune, et, vivement frappé de ce qu'il avait vu, il réclamait le concours de la marine. Ma proximité du foyer de la maladie, ma connaissance de la langue bretonne me permettaient plus qu'à tout autre de venir en aide aux habitants de Riantec. Je demandai la préférence et l'obtins.

Au mois d'août, l'administration absorbée par les événements militaires, cessait de s'occuper de Riantec, et de lui fournir les secours qu'elle lui avait largement prodigués pendant six mois, mais l'épidémie était à son apogée, il ne m'était pas permis d'abandonner le terrain et je continuai jusqu'au moment où sur la fin d'avril 1871, je fus atteint moi-même de la maladie. Elle était du reste alors à son déclin et a fini par disparaître complétement au mois d'août de la même année.

Les premiers moments de mon observation ne me permirent pas de fixer tout d'abord la véritable nature du mal; les premiers malades qui s'offrirent à mon observation, étaient déjà atteints depuis quelques jours, les symptômes n'offraient pas de caractéristique bien tranchée; les renseignements commémoratifs étaient insuffisants, il me fallut l'apparition de quelques cas nouveaux pour établir la marche de la maladie, différencier les symptômes contradictoires, me former une opinion que la suite des événements fit bientôt passer à l'état de certitude. Un fait qui n'était pas de nature à éluder le problème dès le début, c'était l'existence coïncidante d'une petite épidémie de fièvre typhoïde, qui sévissait en ce moment sur la garnison maritime de Lorient; mais ce fait lui-même portait bientôt son enseignement, les différences s'accentuaient, les analogies perdaient de leur similitude, la lumière se faisait; en un mot, j'avais la bonne fortune d'étudier simultanément deux maladies dont la non identité n'est plus aujourd'hui contestée, la *fièvre typhoïde* sur les hommes de la garnison de Lorient, le *typhus* au milieu de la population de Riantec, et, pour que ce parallélisme fût plus complet quelques-uns des habi-

tants de Riantec, en leur qualité d'ouvriers de l'arsenal, avaient le droit de se faire traiter dans les hôpitaux maritimes. Je ne manquai pas, chaque fois que l'occasion s'en présentait, d'insister pour les décider à prendre ce parti; mais, à Riantec, plus que partout ailleurs, le préjugé des classes pauvres à l'égard de l'hôpital existe dans toute sa force, et je suis convaincu que bien des pères de famille auraient évité la mort, et la misère consécutive pour leurs proches, si j'avais trouvé chez eux et surtout dans leur entourage, plus de docilité à mes conseils. On m'objectera peut-être, qu'il y avait imprudence à introduire dans un hôpital, un élément assez dangereux; mais j'étais sur mes gardes, j'avais pour moi les affirmations si précises des auteurs sur cette matière et surtout l'autorité de Griesinger (Traité des maladies infectieuses aigues, page 153): « N'y a-t-il qu'un petit nombre de typhiques dans une grande salle d'hôpital, la contagion est faible, elle peut être nulle; aussitôt que le nombre des tiphiques dépasse d'une manière notable le tiers du nombre des malades d'une salle, la propagation de la maladie est prompte et intense.» L'hôpital de Port-Louis, quoique établi dans les vieux bâtiments d'un ancien couvent, est un des plus sains que je connaisse; les salles sont en majeure partie vastes et bien aérées, le nombre de lits y est peu élevé, le cube d'aération plus que suffisant, et sa situation heureuse au bord de la mer, en pourrait faire un lieu d'élection pour le traitement de certaines maladies; la salle où j'envoyai les typhiques est située au premier étage, et ne contient que vingt-huit lits, il ne s'y est jamais trouvé plus de trois typhiques à la fois; au reste je n'ai jamais eu à regretter d'avoir pris ce parti; car aucun cas de transmission ne s'est montré ni sur le personnel hospitalier, ni sur les malades.

La population de Rientec se composait au 1er janvier 1870 de 4071 habitants; dans un espace de 15 mois, j'ai eu à traiter 553 typhiques sur lesquels 121 sont morts, ce qui fait une mortalité de près de 22 p. 100, un peu moins du quart des malades atteints.

Je résume dans le tableau suivant, la marche de la maladie du mois de février 1870, au mois d'avril 1871.

	Nombre de malades.	Nombre de décès.
Février 1870	54	9
Mars	28	6
Avril	69	16
Mai	58	13
Juin	37	8
Juillet	68	18
Août	51	11
Septembre	21	4
Octobre	52	10
Novembre	28	6
Décembre	34	7
Janvier 1871	7	1
Février	13	3
Mars	23	5
Avril	19	4

Le tableau suivant indique la répartition des cas entre les sexes.

Sexe masculin.	286 cas	70 décès.
Sexe féminin..	267 cas	51 décès.

La mortalité n'a donc été que de 17 p. 100, chez les femmes tandis que, chez les hommes, elle s'est élevée à 24, 26 p. 100.

J'ai enfin résumé dans le troisième et dernier tableau, la marche de la maladie, aux différents âges.

	HOMMES.		FEMMES.		TOTAL.	
De 0 à 10 ans.	21 cas.	1 décès.	23 cas.	0 décès.	44 cas.	1 décès.
De 10 à 20 ans.	47 cas.	1 décès.	41 cas.	2 décès.	88 cas.	3 décès.
De 20 à 30 ans.	48 cas.	8 décès.	35 cas.	4 décès.	83 cas.	12 décès.
De 30 à 40 ans.	53 cas.	11 décès.	68 cas.	16 décès.	121 cas.	27 décès.
De 40 à 50 ans.	63 cas.	24 décès.	56 cas.	8 décès.	119 cas.	32 décès.
De 50 à 60 ans.	46 cas.	18 décès.	35 cas.	15 décès.	81 cas.	33 décès.
De 60 à 70 ans.	5 cas.	4 décès.	4 cas.	3 décès.	9 cas.	7 décès.
De 70 à 80 ans.	3 cas.	3 décès.	5 cas.	3 décès.	8 cas.	6 décès.
Totaux génér.	286	70	267	51	553	121

On voit du premier coup d'œil, à l'étude de ces tableaux, que la maladie est plus grave chez les hommes que chez les femmes et que sa gravité augmente proportionnellement avec l'âge c'est du reste ce qui a été généralement constaté dans toutes les épidémies; mais ce que le tableau ne montre pas et que je veux signaler dès à présent, c'est l'immunité constante des enfants à la mamelle. Cela tient-il à ce que la sécrétion lactée s'arrêtant constamment chez les nourrices dès le troisième ou le quatrième jour de la maladie, on était forcé d'éloigner l'enfant et le plus souvent de le confier à une nourrice voisine, une amie le plus souvent. Mais ce que le tableau fait voir, est le peu de gravité de l'affection, chez les jeunes malades puisque jusqu'à l'âge de 10 ans, il n'y a eu qu'un seul décès, et encore était-ce un pauvre petit être, plongé dans la plus affreuse misère, et chez lequel le typhus n'a eu qu'à achever en 48 heures, l'œuvre déjà presque terminée par les plus affreuses privations. Des 4 autres décès de 10 à 20 ans, un seul a atteint une petite fille de 14 ans, les 3 autres avaient de 18 à 20 ans. Mais cette immunité de l'enfance à l'égard du typhus a été plus que compensée par les ravages qui faiaient concurrence au croup et à la variole.

Je passe maintenant à l'étude médicale de l'épidémie et je commence par rapporter un certain nombre d'observations, à la suite desquelles il sera plus facile de donner un tableau fidèle et à peu près complet de la maladie, telle qu'elle s'est présentée.

OBSERVATION Ire.

Legras, François-Marie, âgé de 22 ans, né à Kerderf, commune de Rientec, ouvrier aux constructions navales.

Cet homme m'est annoncé comme malade dans la tournée que je fais au village de Kerderf, le 11 mai 1870; il habite une petite maison isolée avec sa mère, qui est elle-même convalescente de la maladie régnante. Le mal a débuté brusquement sans frissons, par une sen-

sation de courbature générale, avec brisement des articulations, bientôt accompagnée de céphalalgie violente ; il a continué ce jour-là son travail ; mais le lendemain il n'a pu se rendre à l'arsenal. Il a pris un purgatif, de l'huile de ricin, le quatrième jour pour combattre une constipation qui dure depuis le début de la maladie; il a eu deux selles semi-liquides, mais depuis la constipation a reparu, la peau est chaude, sèche, couverte d'une éruption confluente de taches d'un rouge foncé, du diamètre de quelques millimètres, entremêlées d'une assez grande quantité de pétéchies; la nuit a été très-agitée; le malade a des intervalles de délire et de lucidité ; il consent à être transporté à l'hôpital de Port-Louis, où il arrive le 12 au matin.

12 mai. L'éruption est toujours aussi abondante, les pétéchies sont plus nombreuses, plus étendues que la veille, les conjonctives sont injectées, la face rouge, la stupeur très-prononcée, il y a eu une selle la veille au soir. T. 39,6, P. 110, Bouillon, lim, suif. quin. 0 gr.,50, potion avec 15 gr. d'acétate d'ammoniaque.

Soir. Agitation considérable, le malade murmure des paroles incompréhensibles, la langue est rouge, sèche ; les conjonctives toujours aussi injectées ; selle liquide, pas de météorisme, pas de ballonnement, le ventre est seulement un peu douloureux à la pression dans la région des hypochondres, sans que l'on constate d'augmentation ni du foie ni de la rate. Rien de particulier du côté du thorax. T. 40. 2, P. 116, potion avec teinture de musc, 1 gr.

Le 13. La nuit a été mauvaise, le délire et l'agitation n'ont pas cessé; la langue est sèche, rosée, mais sans fuliginosités, une selle dans les vingt-quatre heures ; l'éruption est toujours aussi confluente quelques soubresauts de tendons, rien de particulier du côté du ventre, ni de la poitrine, T. 40. 2. p. 116. Bouillon-limon, potion avec acétate d'ammoniaque 20 gr., extrait de quinquina 4 gr., 2 vésicatoires aux cuisses.

(Soir.) Agitation et délire continuels, le malade s'est levé pour

aller à la selle, mais il est tombé sur le parquet; la selle est liquide et contient 3 helminthes de moyenne grosseur. Carphologie, soubresaut des tendons ; tremblement de la langue et des doigts, même état de l'éruption. T. 40, 2 P. 124. Renouveler la potion musquée.

Le 14. Perte absolue de connaissance, odeur typhique très prononcée, selles involontaires, respiration profonde purement abdominale, sueur visqueuse un peu froide. T. 40, 6, P. 130.

Mort dans la journée.

Autopsie faite vingt-quatre heures après la mort.

Taille moyenne, système musculaire bien développé, tâches pétéchiales d'un rouge violacé, ecchymose et lividités cadavériques à la partie postérieure du tronc.

Thorax. — Les cavités pleurales sont saines, le tissu pulmonaire sain et crépitant présente de l'engouement hypostatique aux parties postérieures. Péricarde sain renfermant environ 40 gr. de sérosité limpide. Cœur de volume normal, de consistance peut-être un peu diminuée. L'examen microscopique ne démontre pas d'altération de ses fibres. Caillots noirâtres dans le cœur gauche, sang noir et poisseux dans le cœur droit.

Cavité abdominale. — L'estomac est un peu rétracté; le paquet intestinal présente à l'intérieur quelques arborisations violacées, mais ce qui attire surtout l'attention, c'est la présence de deux invaginations dont la première est située à environ $0^m,75$ de la troisième portion du duodénum, tandis que l'autre se trouve à $1^m,20$ plus bas, toutes deux sont constituées de la même façon, le bout inférieur s'est replié dans le bout supérieur, à la façon d'un doigt de gant, dans la hauteur de 2 centimètres environ; de légères tractions suffisent pour ramener les parties à leur rapport normal; pas d'adhérence, pas d'exsudation plastique, pas d'altérations d'aucune des tuniques sur toute la hauteur de l'invagination. L'intestin grêle contient une petite quantité de matières grisâtres liquides à odeur aigrelette, et

ne présente qu'un peu d'injection plus marquée à mesure qu'on approche du gros intestin qui présente le même aspect que la fin de l'intestin grêle.

Le foie et la rate sont un peu augmentés de volume; la vésicule biliaire est distendue, les reins sont aussi assez fortement hypérémiés.

Cavité crânienne. — Un peu d'injection des membranes, sang noir et diffluent dans les sinus, vaisseaux de la pie-mère engorgés et saillants à la surface; la masse encéphalique est un peu diminué de consistance et donne à la coupe un piqueté rose assez abondant; un peu de liquide citrin dans les ventricules.

OBSERVATION II.

Bouesnel (Julien), âgé de 33 ans, né à Saint-Pierre, département d'Ille-et-Vilaine, ouvrier charpentier, habite depuis plusieurs années le village de Kerderf avec sa famille composée de sa femme et de trois enfants. La femme enceinte de six mois a donné des soins à plusieurs voisines et est tombée malade dans les premiers jours d'avril. La maladie s'est compliquée chez elle d'un avortement survenu dans la nuit du huitième ou neuvième jour et qui s'est achevé dans l'espace de sept heures, mais a déterminé une hémorrhagie très-abondante. Elle est entrée en convalescence franche le quinzième jour; deux de ses enfants ont été atteints simultanément au moment où elle commençait à se lever, le troisième est pris en même temps que le père, qui, le 16 mai au matin, a ressenti, en se levant, quelques frissons légers et perte d'appétit; il a cependant vaqué à ses occupations pendant deux jours, s'alite le troisième et entre à l'hôpital le 19 mai sans traitement préalable.

19 mai. Céphalalgie intense, faiblesse considérable dans les membres inférieurs surtout, stupeur, démarche vacillante, légère hyperesthésie de la surface cutanée; langue blanche étalée, humide, con-

stipation depuis trois jours, injection des conjonctives et rougeur de la face, un peu de coryza, p. 100, t. 39°. — Bouillon, tilleul, une bouteille d'eau de sedlitz.

Le 20. Trois selles sous l'influence du purgatif, apparition de quelques taches sur la partie antérieure du corps; pas de pétéchies. L'hyperesthésie est plus intense, la stupeur est la même. P. 100, T. 39°. — Soupe, q. de vin, tilleul, sulfate de quinine 0,50, potion avec extrait de quinquina, 2 gr.

Soir. Un peu de délire dans la journée, l'éruption augmente, les urines très-foncées en couleur, sédimenteuses ne contiennent pas d'albumine. P. 108, T. 89°,4. — Potion avec 1 gr. de teinture de musc.

Le 21. Le délire a été un peu plus fort et n'a pas cessé de la nuit; il n'y a plus d'hyperesthésie, une selle liquide, langue rouge un peu sèche, soif intense, l'éruption a encore augmenté. P. 116, T. 39°,4. Même prescription que la veille.

Soir. Même état, P. 120, T. 39°,6.

Le 22. Délire persistant mais sans agitation, pas d'injection des conjonctives, stupeur prononcée, immobilité dans le décubitus dorsal, pas de selles depuis l'avant-veille, urines toujours sédimenteuses sans albumine. — Un verre d'eau de Sedlitz. P. 116, T. 39°,4.

Soir. Une selle liquide, délire moins continu. P. 120, T. 39°,6.— Continuation de la potion musquée.

23. Délire tranquille toute la nuit, adynamie plus prononcée, selles involontaires; l'abdomen est toujours souple, sans météorisme; la langue rouge, un peu sèche. T. 37°,2, P. 110. — Soupe au tapioca, café noir, eau vineuse, sulfate de quinine 0,50, potion avec extrait de quinquina, 2 gr.

Soir. Même état; T. 39°,4, P. 116. Potion musquée.

Le 24. Même état, l'éruption est stationnaire. T. 39°,2, P, 110.

Soir. Rien de nouveau, T. 39°,6, P. 112.

Le 25. La nuit a été mauvaise, le délire n'a pas cessé; la peau est

recouverte d'une sueur visqueuse, peu abondante; l'odeur typhique est des plus marquées; le pouls est faible, très-dépressible sans dicrotisme, pas de ballonnement du ventre, pas de gargouillement, deux selles involontaires. P. 120, T, 40°. — Soupe au tapioca, quart de vin, sulfate de quinine 0,50, café noir, eau vineuse, potion avec extrait de quinquina et acétate d'ammoniaque, deux vésicatoires aux cuisses.

Soir. Même état. T. 40°,4, P. 120.

Les 26, 27 et 28. Pas de changement; la température n'a pas dépassé 40°,4, le pouls a oscillé du soir au matin entre 112 et 120, la diarrhée continue, pas de météorisme; rien du côté de la poitrine.

Le 29 soir. Même état; on constate cependant que le pouls est moins dépressible et qu'il offre un peu plus de résistance au doigt.

Le 30. Amélioration marquée, légère moiteur depuis six heures du matin. T. 38°, P. 104, plus de délire.

Le 31. L'amélioration s'est soutenue et a même fait des progrès, la langue est humide un peu rosée, la transpiration a cessé, le malade demande à manger, T. 37°,8, P. 88. On fait sécher les vésicatoires.

La convalescence marche rapidement. Bouesnel quitte l'hôpital le 18 juin, un mois après son entrée.

OBSERVATION III.

Danés (Louis), 43 ans, né à Locmiquélic, gardien de vaisseaux, habite le village de Kerderf. Sa femme et ses trois enfants ont été atteints successivement depuis les premiers jours de juin; il est resté les soigner et a ressenti le 3 juillet, un peu de céphalalgie. Il a continué à soigner sa famille et s'est alité le 5. Je le trouve au lit le 6 et lui donne un billet d'hôpital, il entre le 7 au soir n'ayant encore suivi aucune médication.

Le 8. Céphalalgie intense; légère injection des conjonctives; peau chaude et sèche, langue blanchâtre, large, humide, soif intense, perte

complète de l'appétit, constipation depuis quatre jours ; les urines sont rares, rougeâtres et laissent déposer par le refroidissement un épais sédiment briqueté, pas de trace d'albumine. P. 100, T. 38°,6. Diète le matin, bouillon le soir, une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 9. Le purgatif a donné trois selles bilieuses ; la nuit a été assez bonne, on commence à distinguer sous la peau de l'abdomen et de la poitrine un grand nombre de taches qui ne paraissent pas être encore arrivées à la surface, il en existe aussi sur la cuisse et à la face postérieure des bras et des avant-bras ; pas de pétéchies, pas de sudamina. — Soupe, q. de vin, sulfate de quinine 0,50, lavement émollient.

Le 9. Un peu de délire tranquille pendant la nuit ; un selle semi-liquide. Rien de particulier du côté de l'abdomen, si ce n'est un peu de sensibilité au niveau des hypochondres ; un peu d'augmentation de la matité du foie et de la rate. P. 104. T. 38°,6.

Soupe, till., sulf. quin. 0,50 ; pot.; ext. quinquina, 2 gr.

Soir. Peu de délire dans la journée. P. 110. T. 37°,6.

Le 10. Un peu de délire et d'agitation ; la langue devient un peu sèche, d'un rouge luisant ; la soif vive ; même état de l'éruption. P. 100. T. 37°,4.

Soir. Même état. P. 110. T. 39°,8 ; potion musquée conditionnelle.

Le 11. Le délire a reparu ; il a toujours roulé sur les mêmes objets ; le malade se croit poursuivi par des êtres imaginaires, qui veulent l'assassiner ; le calme revient sur les quatre heures du matin. P. 110. T. 39°,2.

Soupe, q. v., sulfate de quinine, 0,50 ; pot. extr. de quinquina, 2 gr.

Soir. Journée assez tranquille ; la langue est un peu plus sèche. Deux selles liquides, pas de balonnement, pas de météorisme ; la matité n'a pas augmenté dans les hypochondres ; les urines, sédimenteuses, ne contiennent pas d'albumine. P. 110. T. 39°,4.

Le 12. Même état. Matin. P. 104. T. 39.

Soir. P. 110. T. 39°,4.

Le 13. Encore un peu de délire cette nuit, mais moins persistant; le malade reste indifférent à tout ce qui l'entoure et est plongé dans une demi-somnolence; la tête abandonne l'oreiller et les bras sont pendants hors du lit; la respiration est profonde, un peu laborieuse à 32. Rien à l'auscultation; l'éruption commence à pâlir.

Même régime, même prescription. P. 106. T. 37.

Soir. P. 110. T. 39°,4.

Le 14. Rien de nouveau. Matin. P. 102. T. 39.

Soir. P. 110. T. 39°,4.

Le 15. Même état; l'éruption commence à pâlir.

Matin. P. 104. T. 38°,8.

Soir. P. 110. T. 39°,2.

Le 16. Le malade a bien dormi; le délire a cessé vers minuit, ainsi que la stupeur. Danès a conscience de ce qui se passe autour de lui; il a le regard un peu étonné et dit éprouver un grand sentiment de faiblesse; il demande à manger; l'éruption a totalement disparu et l'on constate un peu de desquamation autour de l'ombilic surtout. La convalescence s'établit franchement, et le 30 juillet, Danès sort de l'hôpital, pour reprendre son travail; je l'ai revu à plusieurs reprises, il m'a déclaré ne s'être jamais si bien porté que depuis sa maladie.

OBSERVATION IV.

Philippe (Louis), 46 ans, né à Ardeven (Morbihan), ouvrier charpentier, habite le village de Nerderf, marié, père de 4 enfants.

Sa femme est allée soigner ses parents qui habitent le village de Nézenel et que la maladie a tous frappés, de décembre 69 à mars 70; elle est tombée malade le 20 mars et son mari a obtenu la permission de rester auprès d'elle. 21 jours après que le typhus s'est déclaré chez sa femme, un de ses fils s'alite le 20 avril; lui-même entre à l'hôpital le 24, se plaignant de fièvre, de courbature générale, de constipation et d'insomnie depuis quatre jours; pendant sa maladie,

le troisième de ses fils est atteint à son tour; aucun ne succombe.

24 avril. Le pouls est tendu, vibrant, la peau est brûlante, la céphalalgie interne, les conjonctives injectées, la face rouge, la démarche vacillante; 45 gr. sulfate de soude.

Le 25. 3 selles; la céphalalgie a un peu diminué, il y a eu un peu de sommeil; les conjonctives sont plus injectées qu'hier, quelques taches apparaissent sur le sternum; les urines sont rouges et sédimenteuses, sans albumine. Stupeur très-prononcée. P. 100. T. 37.

Le 26. Eruption plus confluente et plus généralisée, pétéchies en assez grand nombre sur les avant-bras, au dos et au pourtour des malléoles, ventre souple; 1 selle liquide. P. 106. T. 39°,2. Soupe, tilleul, sulf. de quin., 0,50 gr.; potion avec 2 gr. d'extr. de quinquina.

Le 27. Un peu de délire pendant la nuit. Coloration plus intense des taches, les pétéchies ont encore augmenté; soif vive, langue rouge ayant un peu de tendance à la sécheresse. T. 39°,4. P. 110. Même prescription. Soir. Anxiété, respiration profonde, abdominale à 32; rien à l'auscultation; mais matité un peu augmentée du foie et de la rate. T. 37°,8. P. 110. Potion musquée.

Le 28. Délire pendant toute la nuit; 2 selles; la langue est tout à fait sèche, la respiration conserve le même caractère, l'éruption est encore plus foncée, les conjonctives plus injectées; pas de gargouillements, pas de météorisme, pas de dicrotisme. P. 112. T. 40.

Même prescription. 2 vésicatoires aux cuisses.

Soir. Même état. P. 116. T. 40,2.

Le 29. Délire persistant, 1 selle involontaire, langue tout à fait sèche, sans fuliginosités, quelques soubresauts de tendons. T. 40. P. 114; m. p., on ajoute seulement 15 gr. d'acétate d'ammoniaque à la potion d'extrait de quinquina.

Le 30. Etat toujours grave, le délire est continu, l'adynamie profonde; les selles sont involontaires, mais peu nombreuses; rien à noter du côté du ventre; les pétéchies sont plus nombreuses et plus violacées. T. 40°,2. P. 116; m. p.

Soir. P. 120. T. 40°,4.

1er mai. Le délire n'a pas cessé, la langue et les dents sont encroûtées de fuliginosités épaisses ; la langue est ramassée en boule ; la déglutition gênée, rien de particulier à l'isthme du gosier, le ventre est un peu ballonné ; urines et selles involontaires, il y a du tremblement très-marqué de la langue et des mains, soubresauts des tendons, carphologie. On ajoute à la prescription ordinaire 100 gr. de malaga et du café noir.

Cet état se prolonge avec la même gravité pendant 4 jours ; la température s'est élevée le soir jusqu'à 40°,4, mais n'a pas dépassé ce maximum ; on continue le même traitement.

Le 5 au matin. Le malade qui la veille au soir, était dans l'état le plus alarmant, est incomparablement mieux ; la langue est humide, peu pleine, les fuliginosités ont une tendance à disparaître ; le pouls est large à 90° ; la température est tombée à 39.

Soir. L'amélioration persiste toute la journée ; le soir, P. 82. T. 38.

Le 6. Sommeil calme pendant la nuit, la langue est complétement nettoyée ; le malade demande à manger ; la convalescence a été un peu moins rapide que chez les autres malades. Philippe est sorti le 28 mai, mais il lui a encore fallu 15 jours de repos à la maison, avant de pouvoir reprendre son travail.

OBSERVATION V.

Le Sager (Joseph-Marie), 44 ans, né à Plouhinec (Morbihan), domicilié à Locmiquélic, marié, père de trois enfants, ouvrier au port ; toute la famille vient d'être atteinte du typhus, la mère d'abord, les trois enfants ensuite. La mère l'a contracté en soignant une famille voisine ; elle est entrée en convalescence le 28 septembre et commence à se lever.

Le 7 octobre, Sager est pris tout à coup d'une grande faiblesse, avec

sensation de brisement général ; il a éprouvé un violent frisson au moment où il sortait pour se rendre au port. La marche l'a un peu remis, mais il a perdu l'appétit et le sommeil, est forcé de s'aliter le 9 au soir; il ne consent à entrer à l'hôpital que le 15. Il a pris chez lui deux purgatifs et 0,50 de sulfate de quinine, chaque matin; le second purgatif a seul amené des évacuations, qui ont un peu soulagé le malade ; à son entrée à l'hôpital, il est dans l'état suivant :

Affaiblissement considérable, peau chaude et sèche, présentant une éruption assez considérable de taches, d'un rouge sombre, principalement répandues sur les parties antérieures du corps et surtout aux bras et à la poitrine; langue sèche, blanche au centre, rouge sur les bords ; soif vive, quelques nausées sans vomissements; un peu de diarrhée, pas de météorisme, pas de ballonnement du ventre, pas de gargouillements ; urines rouges, sédimenteuses, sans albumine ; toux légère sans expectoration, sans phénomène stéthoscopique. Stupeur très-prononcée. P. 106. T. 40. Soupe, tilleul, pot. ext. de quinquina, 4 gr.

9 octobre. Délire tranquille pendant la nuit ; stupeur plus prononcée. Le malade s'est levé pour aller à la selle; mais il chancelle comme un homme ivre. Même état de l'éruption. P. 120, T. 40. Soupe s. q. 0,50. Potion avec ext. de quinquina, 4 gr.

Soir. Même état ; sécheresse et raccornissement de la langue ; abattement profond, indifférence absolue, réponses difficiles. La peau présente à peine un peu de chaleur à la main qui la touche. T. 40, P. 120.

Le 18. Délire continu, sans agitation ; l'éruption est stationnaire, toux un peu plus fréquente; expectoration difficile de quelques crachats muqueux ; quelques râles sous-crépitants des deux côtés à la base et en arrière ; 2 selles liquides ; rien du côté de l'abdomen. P. 112, T. 39°, 8, m. p.

Soir, rien de nouveau. P. 116, M. 40.

Le 19. Adynamie très-prononcée. Le délire a cessé ; le malade est

plongé dans un abattement profond; les yeux obstinément fermés; la tête glisse de l'oreiller et tombe à chaque instant sur le bord du lit; selles involontaires. P. 114, M. 40.

Soir. Même état. P. 120, T. 40°, 4.

Le 20. Même état. Selles involontaires; la toux est un peu plus fréquente; le malade n'a pas la force de rejeter ses crachats; les râles sous-crépitants plus nombreux sont dans les 2/3 inférieurs des 2 côtés. P. 110, T. 40.

Soir. Rien de nouveau, si ce n'est que le pouls est plus développé et moins dépressible. Le malade ne répond qu'avec peine et d'une façon inintelligible aux questions qu'on lui adresse; rien de particulier du côté de l'abdomen. P. 108, t. 40.

21 matin. La prostration est moindre; le facies a repris de l'expression, le malade promène autour de lui des regards étonnés et paraît se réveiller comme d'un songe. L'éruption a presque entièrement pâli; la langue se nettoie. Même état de la poitrine, respiration un peu moins fréquente. T. 38°, 8, P. 92.

Soir. L'amélioration continue; le malade accuse une grande faiblesse. P. 92, T. 37°,8.

Le 22. Le malade a bien dormi; il demande des aliments. P. 88, T. 37°,8. On aperçoit un peu de desquammation.

Le 23. Pouls et température normaux; la toux a diminué de fréquence, les râles sont plus gros et plus rares. L'appétit revient avec rapidité.

La convalescence marche sans complication; le malade sort de l'hôpital le 9 novembre pour reprendre son travail.

OBSERVATION VI.

Madec (Léon), 34 ans, ouvrier du port, né à Riantec, domicilié à Locmiquélic, a beaucoup fatigué depuis un mois pour soigner sa femme et ses deux enfants atteints successivement de ty-

phus. Il a ressenti, le 31 octobre au soir, un peu de céphalalgie; l n'a pas dormi de la nuit. Le 1er novembre, malgré une grande lassitude et la persistance de la céphalalgie, il a continué à s'occuper de sa famille; mais, le 2, il a été forcé de s'aliter, il a pris un purgatif, du sulfate de quinine le 3 et le 4; il entre à l'hôpital le 5.

Le 5, au matin. Céphalalgie violente et continue, insomnie, rougeur de la face et des conjonctives; langue très-rouge sur les bords, chargée au centre d'un enduit saburral très-épais; soif vive, bouche amère, nausées, quelques vomissements teintés de bile, selles liquides depuis hier. Le ventre est souple, un peu douloureux dans la région des hypochondres; légère hypertrophie du foie et de la rate. Éruption relativement discrète de taches qui ne font pas relief à la surface de la peau; urines sédimenteuses, sans albumine. P. 110, T. 40. Diète le matin; bouillon le soir, ipéca 1,50, s. q. 0,50 pour le lendemain matin.

Le 6. Vomissements et selles fréquentes sous l'influence de l'ipéca; éruption un peu plus confluente, un peu d'hyperesthésie de toute la surface cutanée. P. 90, T. 39°,4.

Bouillon limon, sulfate de quinine, 0,50.

Soir. Un peu de stupeur. P. 101, T. 39°,8.

Le 7. Nuit agitée, délire roulant surtout sur la profession du malade. L'éruption se prononce, pas de pétéchies; un peu de surdité, démarche titubante; la peau est sèche et dégage une odeur typhique très- prononcée; même sensibilité des hypochondres, même état du foie, de la rate et des urines. P. 96. T. 39°,4. Soupe, q. de vin; tilleul, s. q.; potion de quinquina, 2 gr.

Soir. Délire léger. P. 108, T. 39°,4.

8 novembre. Abattement considérable, délire persistant, langue très-sèche, très-rouge, luisante sans fuliginosités; peu de ballonnement; quelques selles liquides; pas de dicrotisme du pouls. P. 100, T. 39°, 2. Soupe, café noir, eau vineuse, potion ext. de quinquina, 2 gr.

Soir. Même état ; délire. P. 106, T. 39°,6 ; potion musquée.

Le 9. Rien de nouveau. Affaissement considérable ; même aspect de la langue ; à la face interne des joues et sur les gencives quelques plaques blanchâtres, minces, translucides ; il en existe aussi sur les amygdales et les piliers du voile du palais. Des frictions avec un linge rude les détachent facilement et amènent un peu d'écoulement sanguin. P. 104, T. 39°,2.

Même prescription, plus un collutoire boraté.

Soir. L'exsudation persiste avec les mêmes caractères. Rien de nouveau par ailleurs. P. 108, T. 39°,8.

Le 10. Délire calme pendant toute la nuit ; adynamie profonde. Même état des gencives et de l'isthme du gosier ; l'éruption présente certaines taches, pâlissent, d'autres s'accentuent ; selles liquides, un peu de ballonnement sans météorisme. La pression réveille la douleur aux hypochondres. Même état du foie et de la rate. P. 106, t. 39°,6 m. p. Soir. Rien de nouveau. P. 110, T. 40.

Le 11. Délire et prostration. Les plaques diphtéritiques ont disparu, la diarrhée continue ; les urines sont limpides sans albumine. Odeur typhique très-marquée. P. 112, T. 39°,4. Même prescription, moins le collutoire.

Le 12. Même état. La diarrhée persiste, l'éruption paraît arrêtée et commence à pâlir ; un peu de ballonnement. La surdité est plus marquée que jamais. P. 108, T. 39°,2, m. p.

Soir. Rien de nouveau, P. 112, T. 39°,4.

Le 13. Le malade a bien dormi ; il n'y a eu qu'un peu de délire au commencement de la nuit ; il répond avec lucidité ; la langue est large, humide, encore unpeu rouge ; lapeau est moite. P. 96, T. 38°,6.

A partir de ce moment l'amélioration s'accentue rapidement, l'appétit revient avec vigueur, les forces se rétablissent à vue d'œil, les parties qui avaient été le siége de l'éruption présentent pendant quelques jours une desquamation furfuracée ; le 20 novembre le malade se trouve assez vigoureux pour demander son exéat.

OBSERVATION VII.

Prado (Louis-Marie), 48 ans, né à Riantec, charpentier au port, marié, père de cinq enfants.

Constitution chétive, pas de maladies antérieures, habite le village de Locmiquélic et quoique jouissant d'une certaine aisance, vit ainsi que sa famille dans un état de malpropreté difficile à concevoir. La maison voisine de celle qu'il habite a d'abord été visitée par le fléau, les enfants, tous en bas âge, accompagnaient leur mère dans les visites qu'elle faisait très-souvent à ses voisins malades; ils ont été atteints les premiers. A quelques jours d'intervalle, la femme, fatiguée par les soins qu'elle donne à ses enfants, s'alite à son tour. Elle est soignée par son mari qui, au vingtième jour de la maladie de sa femme, éprouve un peu de malaise, d'anorexie, de faiblesse dans les jambes. Le 1er février, il ressent un violent frisson suivi de chaleur, de céphalalgie intense; il se couche le soir, ne peut se lever le lendemain, et entre à l'hôpital de Port-Louis le 3 février.

3 février. Faiblesse considérable, démarche chancelante, brisement de toutes les articulations, constipation depuis trois jours ; langue blanche, étalée, un peu humide; urine foncée laissant déposer par le refroidissement un abondant sédiment rougeâtre ; pas d'albumine, insomnie. P. 90°, T. 38°,2. — Limonade, une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 4. Le purgatif n'a produit aucun effet ; le malade a un peu reposé cette nuit ; pas d'éruption ; on renouvelle le purgatif. P. 92°, T. 38°,4.

Le 5. Le purgatif donne trois selles : même état des urines ; un peu de douleur aux hypochondres; légère tuméfaction du foie et de la rate ; éruption peu confluente ; stupeur assez prononcée ; légère rougeur de la face sans injection des conjonctives, T. 38°,4, P. 96°. — Soupe, limonade, sulf. quin. 0,50. Soir. Même état.

Le 6. L'éruption se prononce sans être confluente; le malade n'a pas fermé l'œil de la nuit; il n'a pas eu de délire, mais il est tourmenté par des cauchemars effrayants; langue humide, blanchâtre; soif vive; mêmes symptômes abdominaux. P. 100, T. 38°,6.

Soir. Même état. P. 108, T. 99°.

Le 7. L'éruption est parfaitement visible; le malade n'a pas dormi, mais il est plongé dans un état de stupeur; la peau est sèche, donne au doigt une sensation d'acreté particulière. Soif très-vive, langue rougeâtre; une selle à demi liquide, odeur typhique; pas de dicroïsme. P. 100. T. 38°,8. — Soupe au tapioca, till., pot. ext. de quinquina 2 gr. Soir. Rien de particulier. P. 110, T. 39°.

Le 8. Pas de sommeil; un peu de délire tranquille pendant environ deux heures; stupeur moins prononcée le matin; le malade paraît inquiet et examine avec anxiété ses poignets et ses avant-bras, sur lesquels apparaissent quelques pétéchies; une selle; abdomen souple. P. 100, T. 38°,8. — Soupe, tilleul, sulf. quin. 0,50, pot. ext. de quinquina 29 gr.

Soir. Rien de nouveau. P. 108. T. 39°,4. — On prescrit une potion musquée conditionnelle.

Le 9. Le délire a été plus persistant que la nuit précédente, il a cessé vers le matin. Prostration considérable, le malade se lève pour aller à la selle, mais il titube et ne peut se soutenir; langue rouge avec tendance à sécheresse, la soif est toujours vive, l'éruption est des plus apparentes. P. 116, T. 39°,6.

Le 10. Un peu d'agitation; le malade a lutté avec un infirmier qui, disait-il, voulait l'assassiner, puis il retombe dans une somnolence profonde, pendant laquelle il prononce à intervalles irréguliers quelques paroles sans suite; rien de nouveau du côté du ventre, la poitrine est parfaitement saine, l'odeur typhique est des plus prononcées. P. 102, T. 39°,2, m. p.

Soir. Même état, une selle liquide; un peu de ballonnement du ventre. P. 110, T. 39°,4.

Le 12. La nuit a été assez tranquille, la somnolence est plus marquée ; l'éruption commence à pâlir ; le ventre est plus souple ; trois selles. P. 100, T. 39°,4. — Soupe, q. de vin, sulfate de quinine 0 g. 50, potion avec extrait de quinquina et acétate d'ammoniaque.

Soir. Rien de particulier. P. 108, T. 39°,4.

Le 13. Nuit plus mauvaise que la précédente ; la somnolence est coupée par des intervalles d'agitation où le malade s'agite convulsiment dans son lit, comme s'il cherchait à fuir ; l'éruption pâlit toujours ; une selle involontaire. P. 108, T. 39°,0. — Même prescription.

Soir. Rien de nouveau. P. 100, T. 39°,4.

Le 14. Amélioration sensible, quatre heures de bon sommeil dans la dernière moitié de la nuit ; un peu de moiteur à la peau ; il n'y a pas eu de délire, la desquamation qui avait commencé hier est plus visible aujourd'hui, la langue est rose, étalée ; la soif a disparu. P. 86, T. 38. — Soupe, q. v., p. ext. q.q. 2 g.

Le 15. Le mieux continue, le malade demande à manger ; rien ne vient entraver la convalescence. Prado sort le 25.

OBSERVATION VIII.

Phalher (Joseph), 40 ans, né à Locmiquilic, gardien de vaisseau, marié, père de quatre enfants. Constitution vigoureuse, mais habitude d'ivrognerie ; tous les parents ont été atteints du typhus précédemment ; son frère a succombé il y a déjà plusieurs mois, il habitait à l'autre extrémité du village. La femme de Phalher est tombée malade la première en soignant la famille d'une autre belle-sœur logée dans la maison à côté ; les enfants qui vivent constamment avec leurs cousins, se sont alités à quelques jours les uns des autres. Phalher obtient une permission et vient soigner sa famille. Vingt-six jours après l'invasion de la maladie chez sa femme, il est atteint lui-même 1er avril de courbature générale, faiblesse dans les membres,

céphalalgie; il s'alite le 3 avril 71 et entre à l'hôpital de Port-Louis, le 5.

5 avril. — Constipation opiniâtre, insomnie, face très-rouge, conjonctives violemment injectées, éruption confluente foncée en couleur, urines très-sédimenteuses sans albumine. Souplesse du ventre, mais sensibilité, des hypochondres. Augmentation assez notable de la matité du foie et de la rate. Soif vive, langue sèche, stupeur très-prononcée.

T. 39°,6. P. 114. Bouillon, une bouteille d'eau de Sedlitz.

Soir. 3 selles; pas d'amélioration. P. 120. T. 39°,8.

Le 6. Nuit sans sommeil très-agitée, délire bruyant se calmant vers le matin; l'éruption est plus foncée en couleur et entremêlée de pétéchies assez nombreuses.

Même état de l'abdomen, respiration un peu embarrassée. Quelques râles sous-crépitants à la partie inférieure en arrière. P. 110. T. 39°,8. Bouillon; limon. sulf. quin. 0,50; potion acétate d'ammoniaque, 20 gr.; sel de quinine, 27 gr.

Soir. Même état. P. 112. T. 40. Potion musquée.

Le 7. Délire pendant la nuit. On a eu beaucoup de peine à retenir le malade dans son lit. Démarche titubante, tremblement des extrémités supérieures et de la langue. L'éruption s'est généralisée et s'accompagne d'un grand nombre de pétéchies à la face dorsale des poignets et du tronc. Odeur typhique très-prononcée; 2 selles semi-liquides; abdomen normal, urines non albumineuses. T. 39°,8. P. 114. Eau vineuse, sulfate de quinine, 0,50; potion avec 20 gr. d'acétate d'ammoniaque.

Soir. L'état s'aggrave; le délire est continu; quelques soubresauts des tendons. P. 120. T. 40°. 2 vésicatoires saupoudrés de camphre; potion musquée.

Le 8. Nuit mauvaise, délire continuel, agitation extrême, loquacité. Langue sèche, commençant à s'encroûter de fuliginosités, un peu ramassée en boule et sortant difficilement de la bouche; dysphagie.

Le tremblement des mains et de la langue a augmenté, ainsi que les soubresauts des tendons. Même état de l'éruption. Rien de particulier au ventre ni à la poitrine. T. 40°,2. P. 120, m. p.

Soir. Même état; selles involontaires. P. 126. T. 40°,2.

Le 9. L'état s'aggrave encore; la déglutition est presque impossible. T. 40°,2. P. 130. Café noir. Un p. jet des vésic.

Soir. Rien de changé. P. 130. T. 40,6.

Le 10 au matin. État désespéré. Le pouls est filiforme, impossible à compter. Carphologie; perte absolue de connaissance. La dysphagie persiste. Sinapismes à promener. T. 41°.

Mort à 1 heure 10 minutes du soir.

Autopsie faite vingt-deux heures après la mort.

Taille au-dessus de la moyenne, ecchymoses étendues sur la partie postérieure du tronc. Un peu de desquamation au niveau de l'abdomen.

Cavité crânienne. — Sinus gorgés de sang, pie-mère injectée; le cerveau à l'ouverture de la dure-mère semble faire saillie comme pour sortir d'une cavité trop étroite. Sa consistance est un peu diminuée. Il présente à la coupe un piqueté assez prononcé et laisse sourdre en grande quantité des petites gouttelettes de sang presque vermeil. Sérosité un peu rose dans les ventricules. Plexus choroïdiens très-injectés.

Cavité thoracique. — Engouement considérable des deux poumons dans toute leur partie postérieure. Tissu gorgé de sang, pas d'adhérences. Muqueuse bronchique un peu injectée. Rien dans le péricarde. Cœur de dimensions normales, mais un peu flasque, caillots noirâtres dans le ventricule gauche, sang en partie coagulé dans les cavités droites.

Cavité abdominale. — Un peu d'augmentation du volume du foie, hypertrophie plus marquée de la rate, 1/3 environ. La boue splé-

nique est très-diffluente. Les ganglions mésentériques sont sains, l'estomac et les intestins ne présentent rien de particulier à l'intérieur, leur volume est normal. La muqueuse stomacale est saine; celle de l'intestin grêle est rosée dans la moitié supérieure, plus rouge et un peu ramollie à la moitié inférieure; pas d'altération des follicules ni des plaques de Peyer. Le gros intestin participe, mais à un moindre degré à l'hyperémie de l'insection grêle. Les reins sont hypertrophiés, donnent une grande quantité de sang à la coupe, la vessie est saine.

OBSERVATION IX.

Mahéo (François-Pascal), 52 ans, né à Port-Louis, domicilié à Locmiquélic, ouvrier du port, habite, en compagnie de plusieurs familles de pêcheurs et d'ouvriers, l'ancien couvent de Sainte-Catherine, situé dans une petite île de la rade de Lorient, reliée à Locmiquélic par un pont de quelques mètres de longueur, et qui sert de refuge à la partie la plus misérable de la population de Locmiquélic. Aussi le typhus a-t-il sévi dans cet endroit avec une gravité toute particulière. Mahéo a soigné ses trois enfants, qui ont tous eu la maladie, et ont guéri grâce à leur âge. Ils sont tous en convalescence quand, le 3 mai, il entra à l'hôpital de Port-Louis. Il est malade depuis cinq jours.

Céphalalgie interne, abattement considérable, éruption très-abondante de taches exanthématiques d'un rouge obscur; quelques pétéchies disséminées au milieu de taches. P. 110. T. 40°.

Bouillon, q. de vin, lim. sulf. s. q. 0,60, pot. ext. quinquina, 2 gr.

4 mai. Vive agitation sans délire, céphalalgie intense; les pétéchies augmentent; un peu de diarrhée; rien de particulier du côté des organes abdominaux. Même état du pouls et de la température. M. P.

Le 5. Quelques selles diarrhéiques un peu bilieuses; l'agitation a fait place à un subdélirium continu; prostration extrême; somnolence. P. 116, T. 40°. Soupe, q. vin, lim. sulf. Potion ext. de quinine et acétate d'ammoniaque.

Soir. Même état. P. 120. T. 40°,2.

Le 6. Délire continu sans agitation, somnolence, immobilité complète; les pétéchies sont plus foncées et plus abondantes; la langue est sèche, un peu rôtie, sans fuliginosités. P. 120. T. 40°,2.

Soir. Même état. Un peu de dysphagie; quelques soubresauts des tendons, mais pas de carphologie. P. 124. T. 40.

Les 7, 8 et 9. Adynamie de plus en plus marquée; selles invoontaires, non sanglantes; langue encroûtée d'un enduit noirâtre, sèche; quelques fuliginosités; presque toute la surface du corps est recouverte de grandes plaques ecchymotiques légèrement granitées, surtout aux parties déclives. Respiration très-fréquente purement abdominale; odeur typhique des plus marquées. Pouls filiforme à 120-130. Température oscillant de 40 à 40°,4.

Le 10. Etat désespéré. La mort arrive à dix heures et demie du matin.

Autopsie faite vingt-cinq heures après la mort.

Taille moyenne; système musculaire bien développé; coloration violacée presque générale de toute la surface du corps.

Cavité crânienne. — Sinus et veines de la dure-mère gorgés de sang noirâtre un peu poisseux; les vaisseaux de la pie-mère sont fortement injectés; le cerveau est peu consistant et laisse suinter à la coupe une grande quantité de gouttelettes sanguines. Sérosité louche dans les ventricules. Rien de particulier au cervelet.

Cavité thoracique. — Poumons un peu emphysémateux aux sommets, n'offrant d'autre altération qu'un engouement assez considérable à leur partie postérieure. Rien de particulier au larynx ni à la trachée. Un peu d'injection des grosses bronches. Cœur normal

de consistance ordinaire. Les fibres musculaires ne présentent rien d'anormal à l'examen ordinaire ni au microscope.

Cavité abdominale. — Injection générale de la muqueuse digestive, surtout dans le tiers inférieur de l'intestin grêle et la moitié supérieure du gros intestin. Pas d'altération des glandes de Peyer. Les ganglions mésentériques sont sains; l'épiploon présente une petite quantité de taches ecchymotiques un peu plus petites qu'une lentille. Le foie et la rate sont augmentés de volume; cette dernière a son tissu très diffluent. Un peu d'hyperémie des reins; quelques grammes d'urine dans la vessie.

Des coupes pratiquées sur divers muscles ne révèlent ni foyers sanguins, ni ecchymoses interstitielles.

OBSERVATION X.

M. Allain (Valentin), vicaire à Riantec, est appelé, par le devoir de son ministère, à voir un grand nombre de malades le jour et la nuit; fatigué par les soins qu'il a donnés à son frère, mort il y a quelques semaines de phthisie pulmonaire, il éprouve, le 1er février, un malaise général, et se couche le 3. Je ne le vois que le 7. Il a pris quelques doses de sulfate de quinine et de la limonade sulfurique.

La peau est chaude et sèche, le pouls large, mais facilement dépressible à 110. Une éruption confluente couvre presque toute la surface du corps; quelques pétéchies apparaissent sur la face dorsale des avant-bras. La céphalalgie du début a cessé, ainsi que la constipation; le malade ne souffre pas beaucoup : il se rend parfaitement compte de son état, mais il examine avec une certaine inquiétude les taches dont il est couvert, tout en se félicitant de ne pas les trouver plus noires. — Bouillon, s. q. 0,50, pot. acét. d'am., 10, gr.

Le 8. La nuit a été mauvaise, il y a eu un peu de délire; la langue est blanchâtre, la soif vive. Grande prostration. Même état du pouls. Même prescription.

Le 9. La nuit s'est passée comme la précédente; la diarrhée est modérée; l'abdomen est un peu distendu par des gaz; l'odeur typhique est bien marquée. La langue a toujours les mêmes caractères, mais sur les gencives, la face interne des joues, les piliers du voile du palais, apparaissent des plaques pseudo-membraneuses d'un blanc éclatant, minces, un peu translucides. En même temps, la respiration est courte, anxieuse, fréquente.; la percussion donne le son normal, mais l'auscultation révèle des deux côtés une grande quantité de râles sous-crépitants, en avant jusqu'au mamelon, en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate Toux fréquente, expectoration pénible de quelques crachats muqueux. Même état de l'éruption, pouls à 116, toujours dépressible. — Soupe, eau vin., pot. ext. quinquina, 2 gr., acét. am., 15 g.

Le 10. La nuit a été plus mauvaise; le délire a duré de sept heures à quatre heures du matin. Depuis ce moment, la prostration est extrême. Le pouls est toujours à 116; les pétéchies sont un peu plus nombreuses, l'odeur typhique persiste. L'exsudation diphtéritique a encore augmenté. Même état de la poitrine. Dans la journée, le malade se fait administrer les sacrements, et à la suite de l'accomplissement de cet acte religieux, il tombe dans une profonde somnolence et ne répond plus aux questions qu'on lui adresse. Je fais continuer la potion à l'extrait de quinquina et à l'acétate d'ammoniaque et appliquer deux vésicatoires aux cuisses.

Le 11. Stupeur très-grande, pouls à 120. Éruption toujours aussi confluente; la diphtérite persiste, les symptômes thoraciques présentent la même intensité. Les vésicatoires n'ont produit qu'une vésication incomplète qui ne me satisfait pas. J'en fais appliquer deux autres aux mollets.

Le 12. La nuit a été aussi mauvaise que la précédente; l'adynamie est profonde, le délire calme, mais continu; la langue est sèche, large, d'un rouge luisant. Les plaques diphtéritiques sont moins abondantes. Selles involontaires, somnolence entrecoupée par des

paroles à demi-voix. — Soupe, eau vineuse, pot. ext. quinquina, pt. des vésicatoires à suppurer.

Le 14. Même état. Le pouls a perdu un peu de sa fréquence, mais les symptômes thoraciques persistent avec la même intensité ; les crachats se détachent un peu mieux, mais le malade n'a pas la force de les rejeter au dehors ; on est obligé de les recueillir sur ses lèvres. Selles involontaires.

Le 15. On m'a annoncé, dès le matin, que M. Allain était mieux. Je le vois à une heure de l'après-midi ; l'amélioration est, en effet, des plus manifestes : la peau, encore un peu chaude, est humectée d'une douce moiteur ; la toux est encore fréquente, mais l'expectoration se fait plus facilement. Le malade a pris un potage avec plaisir.

Le 16. Le mieux s'accentue, l'appétit renaît ; la bronchite persiste.

La convalescence marche franchement et les forces reviennent ; mais, en dépit des pansements réguliers, les vésicatoires des mollets s'ulcèrent et ont mis près de deux mois à se cicatriser.

Des névralgies dentaires assez opiniâtres et la chute des cheveux se sont montrés pendant ce temps ; mais ce dernier phénomène n'a été que temporaire.

X..., en religion sœur Évariste, de l'ordre des Filles de la Sagesse, vient à Riantic, à la fin de janvier 1870, pour concourir à la formation de l'ambulance. Elle visite les malades à domicile, fait des pansements, administre les médicaments, dirige les soins hygiéniques, passe, en un mot, de longues heures chaque jour au milieu des malades. Elle ressent un peu de malaise le 28 février, s'alite le 2 mars et se fait transporter le même jour à l'hôpital civil de Port-Louis.

Le 3 mars. Céphalalgie, brisement général dans les articulations ; pouls à 96, langue humide, blanchâtre, urine rare, bourbeuse, constipation. — Limonade, huile de ricin, sulf. quin. 0,50 pour le lendemain matin.

Le 4. Le purgatif est resté sans effet. La peau est sèche, brûlante; le pouls, large et peu dépressible, à 100. Stupeur, légère injection de la conjonctive. — On renouvelle le purgatif.

Le 5. Trois selles peu abondantes, bilieuses; la langue est un peu nettoyée, le pouls à 100. Taches assez nombreuses, d'un rouge obscur; peu d'albumine dans les urines, la stupeur est la même. — Bouillon, eau vineuse, s. q. 0,50, potion avec ext. de quinquina, 2 gr.

Le 6. Même état, l'éruption est plus manifeste, pouls à 104. — Même prescription.

Le 7. Délire tranquille toute la nuit, pas de pétéchies, toux un peu fréquente, respiration légèrement embarrassée, quelques râles sous-crépitants en bas et en arrière. — Même prescription.

Le 8. Même état. Apparition de quelques plaques diphtéritiques sur les gencives et la face interne des joues seulement. Pouls à 110, urines un peu plus abondantes, sans traces d'albumine; légère odeur typhique. — Même prescription, plus un collutoire au borax et un gargarisme aluné.

Le 9. Affaiblissement considérable. Respiration plus fréquente, sans que les râles soient plus abondants. Même état de l'éruption et de la diphtérite. — P. 108. Même prescription. Un peu de malaga.

Le 10. Le délire continue, la prostration est la même, les plaques de diphtérite sont moins étendues, les râles sous-crépitants persistent, l'expectoration est plus facile. — P. 104. Même prescription.

Le 11. Adynamie, diminution de la diphtérite, expectoration abondante, langue rouge sans fuliginosités.

Le 12 et le 13. Pas de changement dans l'état général; la diphtérite a cessé, le ventre est un peu distendu par des gaz; selles liquides.

Le 14. Prostration moindre, pas de délire dans la nuit; le regard est un peu étonné, l'intelligence est revenue. Pouls à 90.

Le 15. L'amélioration continue, la malade a dormi toute la nuit et demande des aliments; elle n'a aucune conscience de ce qui s'est passé depuis le 6 mars.

Au bout d'un mois, sœur Évariste commence à vaquer à ses occupations ordinaires.

X..., en religion sœur Pacifique, des filles de la Sagesse, est venue remplacer sœur Évariste à Riantec. Elle tombe malade le 12 juin 1870, et se fait transporter le 13 à l'hôpital civil de Port-Louis. La maladie suit une marche à peu près identique à celle de la précédente jusqu'au 21 juin où des phénomènes nouveaux apparaissent. Peau sèche, aride, ventre un peu ballonné, respiration courte, anxieuse à 40, toux très-fréquente, pas d'expectoration ; en arrière des deux côtés jusqu'à l'épine de l'omoplate, la poitrine est remplie de râles sous-crépitants très-fins. — Soupe au vermicelle, eau vineuse, potion avec 0,20 de kermès à alterner avec une potion avec 2 gr. d'extrait de quinquina, malaga 100 gr.

22 juin. Etat très-grave, délire violent toute la nuit, respiration aussi fréquente et plus brève qu'hier, les râles sous-crépitants sont encore plus abondants, ils éclatent sous l'oreille en bulbes innombrables, selles involontaires. — Soupe, eau vineuse, les deux potions comme hier, deux larges vésicatoires de chaque côté du rachis.

Le 23. La nuit a été très-mauvaise, le délire continue, le pouls à 120, les vésicatoires ont produit d'énormes phlyctènes, et sous leur influence la poitrine semble un peu débarrassée, respiration à 36 ; il commence à y avoir un peu d'expectoration visqueuse. — Même prescription, pansement des vésicatoires à suppurer.

Le 24. Le délire a été moins continu, le pouls est toujours à 120, la respiration à 36, l'expectoration un peu plus abondante et plus facile.

Le 25. Plus de délire, la langue se nettoie, la respiration est à 34, le pouls à 112.

Les 26, 27, 28. L'amélioration continue, la malade prend quelques aliments, l'expectoration est très-abondante, on fait sécher les vésicatoires; je perds de vue la malade.

Le 1er août, je la vois à l'hôpital de la Marine où elle est venue à

pied; elle m'annonce que la convalescence a bien marché jusqu'au 25 juillet, l'expectoration avait cessé ainsi que la toux, les forces revenaient à vue d'œil; le 26 elle croit avoir été exposée à un courant d'air sans pouvoir l'affirmer. Depuis ce moment la respiration est redevenue embarrassée, la toux fréquente et sèche, avec sentiment de constriction dans la poitrine; les signes physiques révèlent à droite l'existence d'un épanchement qui remonte jusqu'à la moitié supérieure de la fosse sous-épineuse; deux vésicatoires volants, des purgatifs salins et les diurétiques, et un régime tonique ont fait justice en trois semaines de cette complication. Aujourd'hui sœur Pacifique est parfaitement portante.

M. Nicolazo (Pierre), 25 ans, né à Saint-Gildas-de-Rhuys (Morbihan), vicaire à Riantec. Il est malade depuis le 7, se plaint de fièvre avec courbature générale et frissons erratiques, et entre à l'hôpital de Port-Louis le 10 avril 1870.

10 avril. Peau chaude et sèche, céphalalgie intérine, un peu de stupeur, langue saburrale, constipation, urines sédimentaires. Limonade, une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 11. Pas de sommeil, soif vive, langue plus chargée qu'hier, le purgatif n'a donné que deux selles; urines boueuses, sans albumine. P. 96, T. 39°,2. On renouvelle le purgatif.

Le 12. Nuit sans sommeil, plusieurs selles liquides, éruption assez confluente de taches peu foncées, langue moins chargée. P. 96, T. 39°,4. Soupe tapioca, lim., sulf. quin. 0,50, pot. ext. qquina 2 g.

Le 13. Sommeil très-agité, rêvasseries pénibles, cauchemars effrayants. P. 100, T. 39°,3. Même prescription.

Soir. Agitation pendant la journée, pas de selles, même état de l'éruption. P. 108, T. 39°,6. On prescrit deux verres d'eau de Sedlitz pour demain matin.

Le 14. Même état. P. 106°,T. 39, 2, s. q. 0,50, pot. adm.

Soir. Evacuations abondantes sous l'influence du purgatif, langue toujours saburrale, abdomen un peu ballonné, pas de gargouille-

ment, pas de dicrotisme; la stupeur a un peu augmenté; l'odeur typhique est assez prononcée. P. 110, T. 39°,6. Potion musquée 1 gr.

Le 15. Un peu de délire, avec somnolence et rêvasseries ; la diarrhée continue. P. 114, T. 39°,8. P. 1 gr. Même régime, même prescription.

Soir. Rien de changé. P. 120, T. 40

Le 16. Somnolence encore plus invincible que la veille, un peu de tremblement des mains et de la langue, même état du ventre et de l'éruption. P. 108°,T. 39, 4.

Soir. P. 116, T. 40.

Le 17. Mauvaise nuit, délire continuel, le malade ne se remue qu'avec peine. P. 110, T. 39°,6. Potion avec acétate d'ammoniaque et extrait de qquina, café noir, malaga.

La situation se prolonge ainsi jusqu'au 21 ; la diarrhée seulement est devenue plus abondante et l'on est obligé de la modérer.

Amélioration sensible le 21 au matin qui va toujours en progressant, mais le 24 le malade se plaint d'une grande difficulté à mouvoir le membre inférieur gauche. On constate, en effet, un peu d'empâtement de la cuisse, un peu d'œdème autour des malléoles, et quelques nodosités dans la veine crurale un peu au-dessus de l'embouchure de la saphène, le membre est lourd plutôt que douloureux; des onctions mercurielles au niveau de la thrombose et des cataplasmes, des frictions excitantes et quelques grands bains suffisent pour amener la résolution complète de cette sorte de phlegmatia alba dolens; l'abbé Nicolazo quitte l'hôpital le 2 juin 1870, et ne tarde pas à reprendre son ministère à Riantec.

Depuis ce moment jusqu'à la fin d'avril il se porte parfaitement bien et a même une vie très-active, passe presque toutes ses journées à Locmiquélic au milieu des malades dont le nombre n'a fait qu'augmenter. Au typhus est venue se joindre la variole, qui fait d'autant plus de victimes que la vaccination a été singulièrement négligée à

Riantec depuis quelques années. L'abbé Nicolazo s'est fait revacciner, mais le succès a été des plus incertains. Dans la nuit du 8 au 9 novembre, il est appelé auprès d'une malade de Locmiquélic, arrivée à la dernière période du typhus ; il passe plus d'une heure auprès d'elle et en sortant il éprouve un frisson assez fort; il se couche à l'arrivée au presbytère, mais ne peut dormir; il éprouve une courbature générale, une vive céphalalgie, un peu de douleur de reins. Il reste couché, le lendemain il est dans le même état, il a une épistaxie légère ; tous ceux qui l'entourent croient à l'invasion de la variole. On lui fait prendre un purgatif, ce purgatif reste sans effet ; on lui en donne un second le 12. Je vois le malade le 13, et constate un petit nombre de taches comme voilées sur le milieu du sternum, rien à la figure. Dérouté par la première atteinte de typhus qu'a traversée l'abbé, je conseille l'expectation et me borne à prescrire une potion avec l'acétate d'ammoniaque.

Le lendemain le doute n'est plus possible l'éruption typhique est incontestable. Je propose au malade de venir se faire traiter à l'hôpital de Port-Louis, il accepte avec répugnance et se laisse enmener après une scène violente dans laquelle il reproche à tous ceux qui l'entourent de vouloir l'assassiner.

16 novembre. Le trajet s'est effectué facilement dans une voiture bien fermée ; le malade est plus calme, les yeux sont injectés, l'éruption est très-abondante des pétéchies en grand nombre se montrent à la face dorsale du tronc et des membres. P. 108, T. 40°,2. — 1 verre d'eau de Sedlitz.

Le 17. La nuit a été agitée, stupeur profonde ; ce matin, P. 108, T. 40°. — Potion avec extrait de quinquina et acétate d'ammoniaque, deux vésicatoires aux cuisses.

Soir. Stupeur un peu moindre, deux selles liquides. P. 110, T. 40°,2.

Le 18. Délire toute la nuit, abattement considérable, deux à trois selles liquides ; langue sèche, avec quelques fuliginosités. P. 120. T. 40°,2. — Même traitement.

Le même état se prolonge sans changement notable, jusqu'au 22 au soir ; le 23 au matin, on constate un mieux sensible, mais de peu de durée. Sans imprudence, sans cause appréciable, on voit, le 24, le pouls qui était tombé à 90, remonter à 108. La température de 37°,8 à 39°, en même temps une exsudation diphtéritique légère apparaît aux gencives et à la face interne des joues ; rien aux piliers ni aux amygdales ; la respiration s'accélère, la toux devient pénible, fatigante. des râles sous-crépitants très-fins remplissent le côté gauche de la poitrine et se montrent aussi à droite, mais en bien moins grande quantité, et limitée à la base, l'éruption ne se révèle plus, depuis plusieurs jours, que par une desquamation presque insensible. En l'absence des commémoratifs, on pourrait croire à une bronchite capillaire simple ayant son maximum à gauche. Ces accidents conservent leur intensité pendant trois jours, mais la température ne dépasse pas 39°,2. Dès le 27, les symptômes s'amendent et la convalescence s'établit définitivement. Un vésicatoire volant, quelques potions alcooliques d'abord, puis plus tard un peu de kermès ont suffi pour conjurer des accidents plus graves. M. Nicolazo sort guéri le 20 janvier 1871.

Cette observation est remarquable à plus d'un titre ; elle présente d'abord le fait d'une récidive plus grave que la première atteinte survenant cinq mois seulement après celle-ci, et de plus à chaque fois une complication. La première fois, la seule que j'aie rencontrée du même genre, un œdème douloureux de tout le membre gauche, dû selon toutes probabilités à une thrombose de la veine crurale ; et la seconde fois, des phénomènes thoraciques assez alarmants, pour tout remettre en question alors que l'amélioration ordinaire avait déjà été obtenue le matin du quinzième jour. Enfin, la récidive, chez M. Niolazo est le seul fait qui se soit produit dans des circonstances qui permettent de croire à l'invasion brusque de la maladie sans incubation préalable, et encore prête-t-il le flanc à la discussion.

OBSERVATION XI.

Stéphan (Pierre), second maître de manœuvre en disponibilité, 46 ans, habite avec sa famille le village de Kerderf; sa femme est atteinte la première au mois de juin, guérit en un mois; un des enfants est atteint trois semaines plus tard. Le mari tombe malade à son tour le 10 juillet et s'alite le 13; il prend un purgatif le 14, pour vaincre la constipation qui dure depuis le début. N'en ayant obtenu aucun effet, il en prend un second, le lendemain, qui amène des évacuations mais sans améliorer son état qui est déjà très alarmant. Le sixième jour, céphalalgie interne, rougeur très-prononcée de la face, injection des conjonctures, agitation et délire incessant. Eruption confluente très-abondante.

Le 17. L'état a encore empiré, le délire est des plus bruyants, le malade ne peut se tenir en place et a même eu une attaque convulsive qui a duré dix minutes environ; je fais appliquer dix sangsues aux mastoïdes et deux vésicatoires aux cuisses, un lavement avec séné et sulfate de soude.

Le 18. L'état est le même, l'agitation et le délire sont plus considérables que jamais; la face d'un rouge intense est contractée à chaque instant par un rire sardonique effrayant; les pupilles sont très-rétrécies; les membres supérieurs en mouvement continu, l'éruption plus abondante et plus foncée.

Le 19. L'état est encore aggravé: le coma est profond, les paupières sont fermées, le tremblement des mains est considérable, les arcades dentaires sont rapprochées avec force l'une de l'autre et il faut employer la force pour ouvrir la bouche et apercevoir la langue qui est sèche et rôtie. La mort arrive le lendemain après une petite attaque convulsive.

Mollo (Pierre), 46 ans, pêcheur, habite le village de Locmiquélic, avec sa femme et ses enfants. Constitution vigoureuse; habitudes

alcooliques très-prononcées. Sa femme est tombée malade la première au commencement de février 1871 ; elle a été soignée par sa fille âgée de 15 ans et demi ; celle-ci est atteinte huit jours après l'entrée en convalescence de sa mère ; dix jours plus tard les deux jeunes garçons, l'un de 8 l'autre de 12 ans, sont forcés de s'aliter. Le mari fait la pêche et reste généralement absent toute la semaine ; il arrive chez lui au moment où sa femme est au onzième jour de la maladie, la soigne de son mieux ; il repart au bout de huit jours et rentre le 7 mars, après sept jours d'absence, il est malade depuis soixante-douze heures et a ressenti les symptômes ordinaires du début. Je le vois le lendemain, céphalalgie intense, injection marquée des conjonctives ; constipation persistante, stupeur très prononcée, démarche déjà titubante. — Sulfate de soude 45 g.

Le 9 mars. L'état s'est encore aggravé : les conjonctives sont plus injectées que la veille. Il y a eu du délire toute la nuit avec agitation extrême. Deux voisins vigoureux ont eu beaucoup de peine à retenir le malade dans son lit. En présence des accidents cérébraux qui se déclarent, j'emploie le traitement préconisé par Graves : le tartre stibié associé à l'opium, émétique 0,10, laudanum 1 gr.

Le 10. La potion a été tolérée. Deux ou trois évacuations alvines seulement dans la journée ; mais l'état général ne s'est pas amendé : l'éruption, qui n'est apparue que de ce matin, est des plus confluentes très-foncée, pas de pétéchies. Je lui renouvelle la potion de Graves, en recommandant d'espacer les doses s'il y avait des vomissements ou des selles trop abondantes, ou si l'agitation était remplacée par de l'adynamie.

Le 11. État encore plus grave par l'exagération des symptômes précédents : délire bruyant, loquace ; le malade s'agite et cherche à chaque instant à se lever. Le pouls est aussi fréquent qu'hier, un peu plus dépressible. La langue devient sèche, un peu rôtie. L'éruption a encore augmenté. La poitrine est saine, l'abdomen souple. — Continuation de la potion, mais seulement une cuillerée de trois

heures en trois heures, avec les mêmes recommandations que la veille ; 2 vésicatoires aux cuisses.

Le 12. L'agitation est moindre, quoique le malade ait encore du délire toute la nuit. Les conjonctives sont un peu moins injectées. La face est sèche. Les selles sont diarrhéiques. Langue rôtie, ramassée en boule, tremblotante ; soubresauts des tendons ; tremblement très-marqué des mains ; pouls à 110, facilement dépressible. Je fais cesser le tartre stibié et donner une potion à l'extrait de quinine et quelques cuillerées de café noir.

Le 13. Symptômes ataxiques formidables depuis hier soir ; carphologie, soubresauts des tendons continuels ; pouls misérable, impossible à compter. La mort arrive dans la nuit.

Gallic (Jean), 31 ans, pêcheur, a veillé son cousin, atteint de typhus deux fois en trois jours, du 22 au 25 février ; part pour la pêche le surlendemain de la seconde veillée, et revient au bout de dix jours. Il est malade depuis 4 jours et accuse les symptômes ordinaires et surtout des nausées et des vomituritions qui le fatiguent beaucoup. — Ipéca, 1,50 ; émétique, 0,05.

Le vomitif a produit une certaine détente ; quelques heures de sommeil dans la nuit. La langue est un peu nettoyée, la soif moins vive. (Sulfate de quinine, 0,80.)

Le 13. L'amélioration d'hier n'a pas persisté : la nuit a été mauvaise. La face est vultueuse, les conjonctives très-injectées, la langue rouge sur les bords, très-blanche au centre ; selles liquides. — Potion de Graves : 1 cuillerée toutes les deux heures.

Le 14. Deux ou trois vomissements teintés de bile, dès les premières cuillerées de la potion ; puis la tolérance s'établit, mais l'état s'aggrave : l'éruption est très-manifeste, confluente ; les conjonctives très-injectées. Le malade dit y ressentir une sensation de brûlures. Pouls 112, soif très-vive. — On continue la potion de Graves, et l'on applique deux vésicatoires aux cuisses.

Le 15. Délire et agitation extrêmes dans la nuit; un peu de rémission le matin. On en profite pour donner 0,60 de sulfate de quinine, et l'on reprend, à midi, la potion de Graves : 1 cuillerée toutes les deux heures; mais l'état empire d'heure en heure : le malade pousse, à chaque instant, des cris furieux, et ne se contient qu'à la voix de sa femme. La mort arrive après un accès convulsif qui a duré environ dix minutes.

Guillemoto (Joachim), 52 ans, douanier retraité, habitant le village de Locmiquélic. Cet homme n'a eu que des parents éloignés atteints de la maladie, mais il allait fréquemment voir les malades des environs, et y restait souvent des heures entières. Il tombe malade le 31 octobre, et ne veut pas faire appeler de médecin pendant les huit premiers jours de sa maladie; mais le neuvième jour, il perd connaissance et sa famille me fait prévenir. Je le trouve dans un état des plus alarmants : somnolence voisine du coma; pouls petit, dépressible; respiration embarrassée, profonde, abdominale; la peau est couverte d'une abondante éruption sans pétéchies; mais ce qui frappe surtout, c'est qu'en ouvrant la bouche du malade pour examiner sa langue, je trouve l'intérieur de la cavité buccale tapissé d'une fausse membrane épaisse, inégale, d'une couleur gris sale, parsemée de points plus foncés. J'essaye d'en détacher un morceau par le frottement; cela m'est impossible, il me faut employer la pointe de ma spatule. Elle a une épaisseur d'environ $0^{mm},8$; la surface dénudée est un peu fongueuse, violacée et largement saignante; la fausse membrane tapisse toute la couche buccale et s'arrête aux piliers antérieurs du voile du palais; adynamie profonde. (Café noir, vin de Malaga, potion, extrait de quinquina et nitrate d'ammoniaque.) Je cautérise largement avec le crayon de nitrate d'argent toute la surface envahie par la diphtérite.

Le lendemain, l'état est encore plus inquiétant : les fausses membranes cautérisées se sont détachées au bout de quelques heures, mais

se sont reformées presque aussitôt; elles sont plus épaisses et d'un aspect plus sale encore que la veille. L'adynamie est extrême. Le malade meurt dans la nuit du 8 au 9 novembre.

Glouahec (Jean-Marie), 55 ans, pêcheur, domicilié au Rollo (Locmiquilic), marié, père de cinq enfants, constitution moyenne, légères habitudes alcooliques. Toute la famille a été atteinte; la maladie a débuté par une jeune fille de 22 ans qui l'a contractée en allant soigner une tante dans le voisinage, puis c'est la mère, puis le mari, et après sa mort, deux autres jeunes filles de 12 et 14 ans et enfin le fils aîné un mois plus tard. Le père a succombé à la forme ataxo-adynamique dans les conditions suivantes :

La maladie suit un cours régulier pendant le premier septénaire; seulement les signes qui font d'habitude réserver le pronostic sont aussi inquiétants que possible. A partir du huitième jour, la situation empire rapidement; la stupeur, les soubresauts des tendons, le tremblement des mains et de la langue sont très-marqués; le dixième au matin, le malade, qui ne parle qu'avec difficulté et d'une façon incompréhensible, porte souvent la main à l'angle de la mâchoire du côté gauche; on y découvre une petite tumeur sur laquelle on appelle mon attention dès mon arrivée : c'est en effet une parotidite commençante qui marche avec la plus grande rapidité; car, dès le lendemain elle a envahi toute la région parotidienne et s'élève un peu au-dessus du lobube de l'oreille; on y perçoit un peu de fluctuation; l'incision faite le troisième jour donne issue à près de 80 gr. de pus chocolat. Mais tous les symptômes n'en ont pas moins continué à suivre la marche ascendante, et la mort arrive dans la soirée du quatorzième jour.

En résumant ces observations on peut se faire une idée de la physionomie générale de l'épidémie de Biantec ; en signaler les particularités et mettre en relief les différences qui la séparent des épidé-

mies du même genre observées dans d'autres lieux et dans d'autres conditions. C'est ce que je vais m'attacher à faire en décrivant d'abord dans leur ensemble les principales formes de la maladie et en étudiant ensuite, dans chacun des grands appareils, les phénomènes qu'elle a présentés.

Ce travail laissera malheureusement bien des lacunes à combler : la question étiologique est loin d'y être résolue. Aucun fait nouveau ne viendra s'ajouter à ceux déjà connus ; l'anatomie pathologique du typhus conservera tous ses *desiderata*. Mais j'ose espérer que mes juges voudront bien me tenir compte de la situation particulière où j'étais placé; chargé d'un service important dans un hôpital encombré d'abord par une épidémie de fièvre typhoïde et plus tard par les convois répétés de malades et de blessés, que les événements de la guerre faisaient refluer jusqu'à nous; n'ayant eu qu'un nombre très-restreint d'autopsies à pratiquer, arrêté par des difficultés de toute nature, quand j'ai voulu remonter à la source, à la filiation, si j'ose m'exprimer ainsi de l'épidémie, j'ai dû me contenter de rester observateur fidèle et de raconter aussi scrupuleusement que possible, ce qui s'était passé sous mes yeux. Dans cette partie de mon travail je serai guidé plus d'une fois par l'excellent *Traité du typhus*, publié en 1861, par le Dr Barailler, médecin en chef de la marine au port de Toulon, et qui peut passer pour un modèle d'observation exacte et de méthode rigoureuse.

Le fait important qui précède l'apparition du typhus à Riantec est une épidémie de choléra qui se manifeste au commencement de 1867, et exerce spécialement ses ravages sur la population de Locmiquélic, cette épidémie dure un peu plus de trois mois et fait un grand nombre de victimes. Le fléau cesse, et peu de temps après apparaît une nouvelle maladie dans le même village; elle se propage sourdement; les cas sont rares, éloignés et ne frappent pas tout d'abord l'attention, cependant au mois de juillet 1869, les choses ont

pris une tournure plus fâcheuse. Le médecin des épidémies de Lorient, fait une tournée dans le village de Locmiquélic, y constate un certain nombre de cas d'une maladie de nature typhoïde qu'il compare au typhus, et voit de temps en temps quelques cas nouveaux; c'est seulement au mois de décembre 1869, que le mal fait tout à coup des progrès considérables et que l'augmentation de la mortalité et des cas nouveaux, fait bientôt recourir à des mesures exceptionnelles, et l'on ne peut pas dire qu'il y ait eu là deux maladies différentes; car le Dr Bodélio, médecin des épidémies de l'arrondissement de Lorient, m'a affirmé que ce qu'il voyait avec moi dans les deux tournées officielles que nous avons faites ensemble n'était que la reproduction de ce qu'il avait déjà vu et dans sa pratique privée et comme médecin des épidémies.

On peut donc considérer dans le typhus de Riantec deux périodes, l'une pour ainsi dire endémique, l'autre franchement épidémique; la première durant depuis la fin de 1867, jusqu'au mois de juillet 1869; la seconde se propageant depuis cette époque jusqu'en juin 1871, en passant par des alternatives de force et d'intensité dont il est assez difficile de formuler la loi. N'est-ce pas là du reste ce que l'ont voit se produire dans certains pays où les conditions génératrices du typhus se retrouvent au même degré que dans ce petit coin du Morbihan? L'encombrement, la misère, la malpropreté, l'alimentation insuffisante, tout cela n'existe-t-il pas à l'état permanent en Irlande, dans certains quartiers de Londres, dans quelques localités de la Suède et de l'Amérique du nord? Aussi le typhus n'en disparaît-il pour ainsi dire jamais; et il suffit des causes prédisposantes ordinaires, telles que les froids rigoureux, les variations atmosphériques brusques pour donner naissance à une nouvelle épidémie. Et pour expliquer la naissance de la maladie n'y a-t-il pas concordance exacte entre ce qui s'est passé à Riantec, et ce que racontent les différents auteurs qui se sont occupés du typhus? Ne les voyons-nous pas tous invoquer l'existence d'une cause débilitante primitive exer-

çant son action dépressive sur des sujets soumis par ailleurs aux causes que nous venons d'énumérer. En Crimée, c'est le choléra, le scorbut, la dysentérie qui sont incriminés ?

A Riantec c'est le choléra, et je ne puis m'empêcher en passant de faire cette réflexion, à Riantec sur des individus affaiblis, débilités, présentant la succession de tous les âges de la vie, le typhus né sur place, prend une violence toute particulière en mois de décembre 1869; à Lorient, au même moment, c'est la fièvre typhoïde qui vient moissonner une population d'élite composée d'homme jeunes, vigoureux, triés par le recrutement ou l'inscription maritime.

En me résumant voici, du moins à mon avis, comment on peut apprécier la marche du typhus à Riantec :

1° Développement sur place sous l'influence des causes ordinaires de la maladie, à la suite d'une épidémie de choléra qui a augmenté la misère, débilité les organismes, accru la réceptivité pour l'influence morbide en diminuant la résistance vitale ;

2° Propagation lente, endémicité par suite de la persistance des mêmes causes et sans doute du transport par contagion directe mais à de rares intervalles ;

3° Redoublement épidémique en décembre 1869, sous l'influence d'une basse température ;

4° Propagation par contagion à partir de ce moment et alternatives variables, intensité plus grande de la maladie dans des conditions thermiques diamétralement opposées, à savoir : de décembre 1869 à mars 1870, sous l'influence de froids rigoureux exceptionnels dans cette partie de la France.

Deuxième recrudescence plus grave encore, en juin et juillet 1870, coïncidant avec des chaleurs aussi exceptionnelles que les froids de l'hiver précédent.

Je passe maintenant aux faits qui me sont personnels, et sur lesquels je puis être plus affirmatif. Dès mon entrée en fonctions, le typhus règne au bourg de Riantec, au village de Nézenel, de là il

s'étend au village des Salles par contagion du bourg; au Dreff à Kerbus à Tidiano par Kerner, plus tard à Kerven, au Guennic, par propagation du bourg. De Nézenal, il remonte à Kerderf, puis à Locmiquelic, au mois de juillet 1870, il est partout. Enfin il se localise à Locmiquelic son premier foyer, où finit par s'éteindre, et, dans chacune de ses migrations, on retrouve partout la contagion, la contagion directe s'exerçant par la voie de la parenté, ou du voisinage. C'est un père, un frère, une voisine, une belle-sœur, qui se déplace pour voir et soigner un de ses parents, il contracte la maladie, la communique à sa famille et bientôt à presque tout le village. Le plus souvent la maladie ne quitte une maison qu'après avoir frappé tous ceux qui l'habitent. Les exceptions, dans tous les cas sont rares et ne trouvent pas d'explications plausibles; là comme ailleurs il y a une immunité relative, quelquefois temporaire, car il m'est arrivé de voir une jeune fille, dont tous les parents avaient été atteints, ne contracter la maladie que six mois plus tard, en allant soigner une belle-sœur nouvellement mariée.

Quant au mode de cette contagion, quel est-il? quel en est le principe? Est-il de nature gazeuse? est-ce un corps pulvérulent? est-il fourni par l'inhalation pulmonaire, où bien l'odeur particulière qui émane du malade, a-t-elle quelque rapport avec la matière contagieuse? la peau du malade fournit-elle la contagion, sont-ce les poussières épidémiques, ou un organisme qui y serait attaché, qu'il faut accuser? Un certain nombre de faits dans lesquels les individus n'ont été atteints, qu'alors, que depuis quelque jours, déjà, ceux qu'ils avaient soignés étaient en convalescence, me porteraient à accorder un rôle prédominant à la desquamation, et par conséquent pencher du côté du contagium pulvérulent? Mais je n'affirme rien, l'examen microscopique que j'ai fait plus d'une fois, de ces lamelles, ne m'a rien révélé ; mais il aurait fallu un œil plus exercé que le mien pour ces sortes de recherches.

Quoiqu'il soit toujours difficile dans une maladie contagieuse de fixer d'une manière un peu exacte le temps de l'incubation, la marche

ordinaire de la maladie, m'a conduit à lui attribuer une durée de 8 à 12 jours; c'est en observant ce qui se passait d'ordinaire dans les familles, que je suis arrivé à me former cette opinion. J'ai cité dans les observations plus d'un cas, où le mari après avoir soigné sa femme jusqu'à la convalescence, partait pour la pêche, et ne revenait que huit, dix jours après, avec les symptômes du début de la maladie. D'un autre côté, je n'ai jamais vu dans les maisons où quelques-uns étaient épargnés, un cas nouveau surgir alors que quinze jours s'étaient écoulés après l'entrée en convalescence du dernier atteint. Cette durée de l'incubation, quoique renfermée dans les limites un peu plus étroites que celles que lui ont assignées plusieurs auteurs qui ont écrit sur le typhus de l'armée d'Orient, est d'accord avec ce qu'a observé M. Barralier dans les épidémies du bagne de Toulon. Quant aux incubations tardives dont parle le docteur Godelier, je n'en ai pas vu un exemple certain ; dans deux cas, le typhus est venu atteindre des personnes qui étaient restées indemnes, alors que les autres membres de la famille étaient atteints ; mais à quatre et à cinq mois d'intervalle et chaque fois il y avait eu exposition nouvelle et répétée à la contagion.

C'est ici le lieu de placer cette réflexion qui m'est imposée, par la répétition journalière des faits que j'ai déjà cités. Dans le typhus de Riantec, la contagion n'est pas instantanée, il ne suffit pas d'un moment passé auprès du malade pour contracter la maladie, il faut que le séjour dans le lieu contaminé soit prolongé ou au moins répété souvent dans la même journée et pendant un certain temps. Je n'ai jamais vu d'étranger, ayant passé seulement quelques minutes dans la chambre d'un malade, être atteint à son tour; il semble que le poison n'agit qu'à larges doses, ou par accumulation, bien différent en cela du choléra, s'il est vrai, comme tout semble l'établir aujourd'hui, qu'il suffise de quelques secondes passées dans un lieu où des déjections cholériques, même en petite quantité, subissent un commencement de putréfaction, pour déterminer l'imprégnation et le développement de la maladie.

J'entre maintenant dans l'étude symptomatologique de la maladie, et des formes diverses qu'elle a présentées.

La plupart des auteurs admettent l'éxistence d'une période prodomique; mais il s'agit de bien établir la signification de ce mot; si l'on n'entend par prodomes qu'un état intermédiaire qui n'est plus la santé, et qui n'est pas encore la maladie; cette période s'est rarement montrée dans l'épidémie de Riantec. Mais si l'on désigne ainsi le temps qui s'écoule entre le moment où les premiers symptômes d'une maladie apparaissent et celui où les éléments du diagnostic sont réunis en assez grand nombre, pour permettre de la caractériser, alors il y a véritablement période prodromique dont la durée variable est de trois à cinq jours. Je n'adopterai pas cette division, je préfère, pour rester plus conforme à l'observation, admettre seulement trois périodes: 1° période de début ou d'irritation; 2° période nerveuse; 3° période de rémission et de convalescence.

Dans l'immense majorité des cas, l'individu passe sans transition appréciable, de la santé à la maladie; il lutte tant qu'il peut contre les premières atteintes du mal; la volonté, la vigueur de la constitution, quelquefois l'indifférence, font qu'il ne s'alite que le troisième, ou le quatrième jour; mais la scène s'ouvre toujours de la même façon, c'est toujours une céphalalgie opiniâtre, intense qui n'a jamais fait défaut quelquefois du vertige, la faiblesse des membres inférieurs, la douleur dans les articulations, et la rachialgie plus ou moins marquée parfois assez intense, pour simuler la rachialgie de la variole, ou le coup de barre de la fièvre jaune; des frissons, ou le plus souvent des horripilations légères, alternant avec des bouffées de chaleur, larmoiement, injection des conjonctives, langue large, humide, blanche, ou saburrale; soif vive, anorexie, rarement des nauséeset des vomissements, pas de douleurs abdominales, constipation opiniâtre; urines rares foncées, en couleur, grande quantité d'urates, par exception des épistaxis ou d'autres hémorrhagies généralement peu abondantes; un peu de stupeur et d'irrégularité de la démarche.

Cet état se prolonge pendant trois, quatre jours, quelquefois moins, pendant lesquels on constate l'aggravation de tous les symptômes. La céphalalgie augmente et devient de plus en plus pénible; les douleurs lombaires et articulaires sont plus vives ou remplacées par un sentiment de faiblesse insolite; l'insomnie opiniâtre. Souvent, surtout chez les femmes et les enfants, apparaît un autre symptôme qui vient doubler leurs souffrances, c'est une hyperesthésie de la peau, tantôt générale, tantôt partielle, c'est alors la partie antérieure du thorax qui en est le siége de prédilection. Cette hyperesthésie est quelquefois poussée si loin que le moindre contact suffit pour arracher des cris aux malades. En même temps la faiblesse musculaire augmente, la démarche est vacillante comme dans l'ivresse. Le facies est rouge, quelquefois vultueux, les conjonctives injectées; les pupilles tantôt dilatées, tantôt contractées; la langue toujours large, humide, est tantôt blanche ou saburrale dans toute son étendue, tantôt seulement au centre et d'un rouge vif à la circonférence. L'appétit est totalement perdu, la soif intense; il existe souvent un crachotement fréquent de salive épaisse, un peu visqueuse; la constipation persiste ou fait place à une diarrhée légère; le ventre est souple et ne présente qu'un peu de sensibilité aux hypocondres due à une augmentation peu marquée du foie et de la rate.

La respiration est tantôt lente, tantôt accélérée, régulière, ou bien de temps en temps une inspiration profonde et un soupir prolongé. Aucun phénomène à l'auscultation ni à la percussion thoracique. Les mouvements du cœur sont toujours accélérés; le pouls varie de 90 à 120 pulsations, mais il reste, en général, dans les environs de 100. La chaleur de la peau, appréciée au doigt, est variable, le plus souvent brûlante et sèche. La température, observée au thermomètre, varie de 38 à 40; les rémissions matinales sont d'une régularité remarquable; on constate le plus souvent une différence de 4 à 6 dixièmes de degré entre la température du matin et celle du soir; le pouls suit en général les mêmes oscillations et présente le plus souvent une différence de 8 à 12 pulsations du matin au soir.

C'est, en général, vers le quatrième où le cinquième jour de cette période qu'apparaît l'éruption caractéristique et les pétéchies, quand elles doivent se montrer. Dans les cas légers et de moyenne intensité, elle se prolonge ainsi pendant toute la durée du premier septénaire; dans les cas plus graves, la seconde période empiète sur la première etse montre quelquefois dès le cinquième jour.

9° *Période.* — Dans celle-ci apparaissent des phénomènes nouveaux, tantôt simples, tantôt combinés, qui peuvent se diviser en deux ordres, selon qu'il y a surexcitation nerveuse, désordre, irrégularité, perversion des principales fonctions, ataxie, en un mot, ou bien affaissement général, prostration complète, faiblesse musculaire extrême, résolution des forces. Dans la moitié des cas, ces deux états se compliquent l'un et l'autre, leurs symptômes principaux s'entrecroisent; il y a alors ataxo-adynamie. C'est généralement au début de cette période que se montre l'odeur typhique, quand elle ne s'est pas présentée avant.

1° *Forme ataxique.* — Le facies est hébété, les yeux fixes, injectés, légèrement ouverts; les pupilles contractées, moins souvent dilatées. Le malade semble regarder sans voir; l'insomnie est constante, l'agitation considérable; le délire bruyant, souvent très-loquace, roulant presque toujours sur les choses de l'état ou de la profession; d'autres fois avec des hallucinations bizarres, des images terrifiantes, alors la physionomie prend l'empreinte d'une terreur profonde, le malade se croit poursuivi par des fantômes effrayants, des assassins qui l'entourent, et pour leur échapper il s'élance hors de son lit et s'enfuit avec toute la vitesse que lui permettent la faiblesse de ses membres et l'incertitude de ses mouvements. D'autres fois il craint d'être empoisonné et refuse obstinément les boissons et les médicaments qu'on lui présente. Plus tard apparaissent des soubresauts des tendons, des convulsions toniques ou cloniques, de la carphologie, des

contractures des muscles de la face et des membres. Souvent un rire sardonique qui, joint à la fixité du regard et à l'injection des conjonctives, donne à la physionomie du malade une expression épouvantable.

Pendant ce temps, la langue est sèche, ramassée sur elle-même en forme de boule, d'un rouge vif, luisant, ou couverte de fuliginosités qui se montrent aussi sur les dents, les lèvres, les gencives; la déglutition devient difficile. L'abdomen, le plus souvent normal, se ballonne un peu; le météorisme n'atteint jamais le degré auquel il arrive dans la fièvre typhoïde. La diarrhée, qui s'est montrée à la fin du premier septénaire, continue; mais les évacuations sont rares, peu abondantes, d'une odeur infecte; elles sont souvent involontaires. Tantôt il y a écoulement involontaire des urines, tantôt, mais rarement rétention de ce liquide. La respiration, tantôt lente, tantôt rapide, à type abdominal souvent, mais plus rarement que dans l'autre forme; un catarrhe bronchique plus ou moins étendu; exceptionnellement une véritable pneumonie.

Le pouls varie de 100 à 140; je n'ai jamais observé de dicrotisme.

2° *Forme adynamique*. — Si la maladie doit accuser cette forme, la stupeur fait tous les jours de nouveaux progrès; le malade reste immobile dans le décubitus dorsal : la face est pâle, mais souvent les pommettes se dessinent par un cercle cyanosé qui contraste d'une façon frappante avec la pâleur du reste de la figure; l'intelligence est affaiblie, les fonctions sensorielles presque complétement abolies; le malade est plongé dans une somnolence apathique, accompagnée d'un délire calme; il marmotte entre ses dents des paroles sans suite souvent inintelligibles, ou se contente de pousser quelques gémissements étouffés quand on le remue ou qu'on veut lui offrir des boissons ou des médicaments; la soif est peu intense; la langue sèche, un peu rouge, rarement fuligineuse. L'abdomen tantôt affaissé, tan-

tôt légèrement ballonné, sans météorisme, sans gargouillement; la diarrhée persiste, les selles sont souvent involontaires.

Le pouls est large, dépressible, quelquefois très-fréquent ou bien au-dessous de la moyenne physiologique ; la peau généralement sèche ou couverte d'une sueur visqueuse; la chaleur à la main peu apparente, mais la température axillaire toujours élevée.

C'est surtout à cette forme qu'appartiennent les complications dont il sera question plus tard.

Ordinairement, c'est au début du deuxième septénaire que se manifestent ces deux ordres de phénomènes. Dans les cas graves, ils sont plus précoces et apparaissent le sixième et le cinquième jour même. Dans deux cas, la mort a eu lieu le huitième jour ; mais, en général, quand elle doit arriver, on constate du neuvième au onzième jour une aggravation générale et progressive de tous les symptômes, l'agitation, la carphologie, les soubresauts des tendons augmentent à vue d'œil, quelquefois tout le corps est pris d'un tremblement continuel, et la mort arrive par asphyxie presque subite. D'autres fois le passage à la forme adynamique s'établit tout d'un coup, et le malade est plongé dans une stupeur profonde; les traits s'altèrent, la cyanose s'étend, la respiration devient plus rare, un râle trachéal s'entend à distance, une sueur froide baigne tout le corps, et la mort arrive dans une insensibilité complète.

Quand au contraire la terminaison doit être heureuse, les symptômes qui se sont aggravés ou qui sont restés stationnaires jusqu'au quatorzième jour, s'amendent tout d'un coup d'une façon notable. Cette amélioration brusque qui rappelle de loin celle de la pneumonie, se produit le plus souvent dans la seconde moitié de la nuit. Dans la soirée du quatorzième jour, on quitte son malade dans un état alarmant encore, le pouls bat 108, 112, la température est aux environs de 40, il y a du délire ou une somnolence profonde; mais dès les premières heures du matin, le sommeil arrive, se prolonge jusqu'au jour, une moiteur douce envahit toute la surface

cutanée; la langue se nettoie, s'humecte; on constate à la visite du matin, que le pouls est tombé au-dessous de 90 et la température s'est rapprochée de 38. Le malade paraît se réveiller d'un songe ; il éprouve un grand bien-être et réclame quelque aliments. Le plus souvent, rien ne vient enrayer cette marche heureuse et rapide vers la santé, et les symptômes qui s'offrent alors sont un affaiblissement des facultés motrices et sensorielles, des bourdonnements d'oreilles très-persistants et très-pénibles, une sordité agaçante, des éblouissements, des vertiges et une faiblesse de la vue qui incommode singulièrement le malade, de l'anémie cérébrale en un mot. Mais quinze jours suffisent d'ordinaire pour que tout soit rentré dans l'ordre, et le plus souvent un mois après le début de sa maladie, le convalescent peut reprendre sa vie ordinaire. J'ai noté souvent, et ce fait n'est pas particulier à l'épidémie de Riantec, que la santé habituelle éprouvait même une amélioration sensible et bien des malades m'ont dit que l'épreuve par laquelle ils venaient de passer leur avait fait, en quelque sorte, une vigueur nouvelle.

Pendant la convalescence, on observe assez souvent de petits furoncles, quelquefois des abcès, souvent la chute des cheveux, mais incomplète et moins marquée que dans la fièvre typhoïde et toujours essentiellement temporaire.

On le voit, la durée de la maladie proprement dite est parfaitement limitée; une véritable crise se produit à la fin du deuxième septénaire, et ce phénomène est d'autant plus frappant qu'il est plus général chez les femmes et les enfants; il n'a jamais manqué en dehors, bien entendu, des complications dont je vais parler tout à l'heure. Je n'ai vu qu'une exception. Un nommé Popégnen, du village de Lacmiquélic, atteint d'une fièvre ataxique grave, parvient au quinzième jour de la maladie, et la crise se produit comme chez les autres; mais l'amélioration ne se maintient que 12 heures, le soir même l'état s'aggrave de nouveau et la mort arrive le dix-neuvième jour. On m'a toujours affirmé qu'il n'y avait eu aucune imprudence de commise, mais je n'ai pas pu le vérifier.

Mais dans un certain nombre de ces cas, 70 environ, la crise du quinzième jour n'a pas été aussi complète que dans le typhus régulier; cinq fois ce sont des parotides apparaissant, trois le douzième jour, deux le treizième jour, qui viennent compliquer la situation; deux de ces parotides étaient doubles, les trois autres simples, deux à gauche, une à droite. Quatre se sont présentées chez des femmes, une seule chez un homme qui a succombé le quatorzième jour au soir, mais non pas par le fait de la parotide. Toutes ont suppuré mais ont guéri rapidement.

Les 65 cas restants ont tous trait à la même complication dont la gravité n'a pas été heureusement en rapport avec la fréquence ; je veux parler de la bronchite. Si la bronchite signalée au début dans un certain nombre d'épidémies, a fait défaut dans cette période à Riantec il n'en est pas de même de la bronchite terminale, elle a coïncidé souvent avec l'éruption diphtéritique légère signalée dans les observations.

Elle se présente, en général, le onzième ou le douzième jour, et prolonge la fièvre d'environ un septénaire, mais là, comme dans les parotides, la rémission du quinzième jour n'en est pas moins manifeste; il s'opère une sorte de départ entre la maladie principale et sa complication, et celle-ci poursuit sa carrière sans que dans aucun cas les phénomènes propres au typhus reparaissent ; aussi, à part le redoublement de souffrance qu'elle occasionnait et le retard qu'elle apportait à la guérison définitive, était-elle envisagée sans crainte. Je n'ai pas vu, du reste, qu'elle ait eu des conséquences fâcheuses par la suite, ni qu'elle ait été depuis, comme on pourrait le craindre, le point de départ d'affections pulmonaires chroniques, mais le temps n'a pas encore prononcé, et il appartiendra au médecin qui donnera désormais ses soins à la population de Riantec, d'approfondir cette question.

Je remets à l'étude que je vais entreprendre à présent, des manifestations morbides dans chaque appareil, la description des éruptions

diphtéritiques qui sont venues compliquer parfois le typhus régulier.

Phénomènes morbides du côté de la peau.

A Riantec, l'exanthème typhique a été caractérisé par des taches de roséole, les unes maculeuses, les autres franchement papuleuses. Les macules se sont présentées quelquefois seules, plus souvent conjointement avec les papules et celles-ci presque toujours manifestement plus nombreuses ; c'est surtout chez les enfants et les jeunes filles que j'ai trouvé les macules isolées et en nombre moindre, ce qui me fait admettre qu'elles indiquent une gravité moindre de la maladie: je l'ai du reste constaté chez les individus plus avancs e n âge. Quoi qu'il en soit, macules et papules occupent de préférence le tronc, rarement le visage, plus souvent les avant-bras et les membres inférieurs. Je n'ai jamais observé de papules franchement acuminées, mais souvent des plaques irrégulières en croissant, ayant l'étendue de plusieurs millimètres carrés et d'une analogie frappante avec l'exanthème rubéolique. Généralement elles apparaissaient du troisième au cinquième jour, augmentaient rapidement de nombre et se fonçaient en coloration, on en voyait se former ainsi successivement pendant deux ou trois jours, quelques-unes ne parvenaient pas jusqu'à la surface de la peau et apparaissaient comme à travers un voile. Elles ne disparaissaient pas complétement à la pression du doigt et restaient toujours plus colorées au centre qu'à la circonférence. Vers le douzième ou treizième jour elle commençaient à pâlir et devenaient le siége d'une desquamation furfuracée qui avait ordinairement cessé vers le dix-huitième jour; elles laissaient souvent à leur place une coloration un peu brunâtre de la peau, qui ne s'effaçait qu'à la longue.

Mais d'autres ne se comportaient pas ainsi et se transformaient en véritables pétéchies. Au centre de la tache rubéolique, quelquefois douze heures seulement après son apparition on voyait de petits points rouges, foncés qui grandissant peu à peu atteignaient environ 2 millimètres de diamètre, dimension bien inférieure à celle indi-

quée par Jacquot. On aurait dit des gouttelettes de sang épanché, elles se formaient surtout sur les papules et le plus souvent je les ai vues se confondre pour former une véritable plaque ecchymotique dans l'étendue de laquelle la peau présentait un aspect chagriné plus perceptible au toucher qu'à la vue.

En règle générale on a pu dire que la gravité de la maladie est en raison directe du nombre de taches, de leur coloration très-foncée, de leur transformation en pétéchies, cependant j'ai été cruellement trompé une fois sous ce rapport. Une jeune femme de 22 ans qui pendant les huit premiers jours n'avait présenté que des symptômes assez légers et une éruption des plus discrètes fut enlevée le onzième jour après des accidents ataxiques formidables.

Je n'ai pas constaté une seule fois de sudamina; je n'ai pas, non plus, remarqué ni herpès, ni urticaire, ni pemphigus.

Quant à l'odeur typhique elle a toujours été très-marquée, et quelquefois dans la petite maison basse de Locmiquélic, où plusieurs malade se trouvaient réunis, elle acquérait une intensité vraiment pénible. C'est toujours à partir du sixième jour, dans les cas graves, souvent plus tard qu'elle commençait à se faire sentir, je n'essayerai pas de la définir, l'expression de Griesinger « quelque chose de pourri » est encore ce qui la désigne le mieux.

Je n'ai pas non plus trouvé de règle à formuler pour les sueurs; tantôt la peau est restée sèche jusqu'à la fin de la maladie, tantôt elle s'est recouverte d'une sueur visqueuse, glissante; c'était généralement dans la forme adynamique grave qu'on observait ce phénomène. Mais la moiteur de la peau qui se manifestait au moment de rémission du quarante-cinquième jour était plus générale, mais de peu de durée, elle n'a jamais dépassé vingt-quatre heures et le plus souvent disparaissait au bout de trois ou quatre heures. Je dois faire observer ici que dans le début, j'ai trouvé à Riantec, une habitude très-répandue : celle de soumettre les malades aussitôt alités à une sudation forcée au moyen de l'enveloppement dans des couvertures et

de l'administration de boissons chaudes. Cette méthode loin d'apporter un soulagement même momentané n'avait pour effet que de les affaiblir plus rapidement ; aussi me suis-je attaché à la combattre et j'ai réussi à la faire abandonner dans presque tous les cas.

J'ai déjà parlé assez longuement de l'hyperesthésie cutanée pour ne pas y revenir ici.

Organes des sens. — 1° Vision. L'injection de la conjonctive existe toujours à un degré plus ou moins marqué, dans le premier septénaire; son intensité exagérée révèle le plus souvent l'imminence des accidents d'ataxie, dans ces cas, vers le sixième, septième et huitième jour, la cornée disparaissait presque complétement sous un lacis de vaisseaux d'un rouge foncé; je n'ai jamais vu d'ecchymoses ni de plaques diphthéritiques sur la conjonctive; jamais, non plus, il n'est survenu d'ulcère de la cornée ni d'ulcère spécial. La conjonctive pupillaire présentait le plus souvent une injection identique et la secrétion des glandes de Meibomius amenait souvent à l'angle interne de l'œil, un peu de liquide épais jaunâtre, comme purulent. Chez un malade que je n'ai vu qu'une seule fois, la veille de sa mort, il y avait un strabisme extrême de l'œil gauche avec paralysie incomplète du même côté, l'autopsie qui n'a pu être faite aurait peut-être révêlé des lésions cérébrales plus caractéristiques que d'habitude. Les pupilles étaient le plus souvent contractées dans la forme ataxique, dans la forme adynamique, les paupières presque closes cachaient ordinairement le globe oculaire.

Audition. — Dès les premiers jours on constatait divers troubles de l'audition, bourdonnements, tintement, l'hyperesthésie cutanée s'accompagnant presque toujours d'une sensibilité exagérée de l'ouïe; mais ceci était un phénomène du début, presque tous les malades ont pris du sulfate de quinine, mais chez beaucoup d'entre eux, il s'est développé au milieu de la seconde période, un surdité qui n'était pas en proportion avec la dose de sulfate ingérée; tous ceux chez

lesquels elle s'est présentée ont guéri ; mais cette surdité du cours de la maladie ne doit pas être confondue avec celle qui se déclarait pendant la convalescence et qui était, du reste, beaucoup moins fréquente que le simple bourdonnement d'oreilles.

Une seule fois une otorrhée, purement catarrhale et bénigne s'est montrée pendant la convalescence, la diphthérite a toujours respecté l'oreille ou du moins les parties accessibles à l'exploration.

Organes de l'olfaction. — Dans la plupart des cas il n'y avait rien de particulier de ce côté, rarement un peu de coryza au début, puis sécheresse des fosses nasales, assez souvent quelques hallucinations de ce sens consistant toujours dans la perception imaginaire de mauvaises odeurs ; ce phénomène était, en général, concomitant de l'hyperesthésie cutanée et disparaissait avec lui; plus tard, quand l'odeur typhique s'était développée, le malade ne paraissait pas en avoir conscience.

Les épistaxis ont été très-rares, 10 en tout sur 553 malades, elles ont toujours eu lieu au début; une seule a été assez grave pour nécessiter le tamponnement, c'était chez une jeune fille de 21 ans, pléthorique qui a parfaitement guéri.

Organes du goût. — Le goût était toujours émoussé comme dans la plupart des maladies fébriles.

Fonctions cérébrales. — La céphalalgie n'a jamais manqué et a toujours été le signe le plus constant et le plus précoce; elle était presque toujours frontale ou sous-orbitaire et m'a paru coïncider avec la constipation; sous l'influence des évacuations alvines, naturelles ou provoquées elle disparaissait quelquefois, mais s'amendait toujours, le plus souvent elle durait tout le premier septenaire; elle était presque toujours accompagnée d'un état de stupeur qui, dans la forme adynamique, prenait bientôt un caractère très-marqué; traits du visage immobiles, physionomie inerte, somnolence sans sommeil

véritable ; le malade tournait les yeux sur celui qui l'appelait, mais sans répondre, le plus souvent, a la question adressée. Quand on lui demandait de montrer la langue, il la sortait péniblement, avec lenteur et oubliait parfois de la rentrer. A ces symptômes venait se joindre le délire le plus souvent tranquille dans la forme adynamique. Alors le malade parlait à voix plus ou moins haute, souvent inintelligible. Dans la plupart des cas, le délire était, qu'on me passe l'expression, un délire professionnel, c'est-à-dire qu'il roulait sur les actes quotidiens de la profession du malade ; d'autres fois c'étaient des hallucinations semblables à celles du delirium tremens; les idées qui revenaient le plus souvent, c'était la poursuite par des ennemis imaginaires, la lutte violente, désespérée avec des ennemis, la crainte du poison, etc. Souvent le malade se jetait en bas de son lit dans un état d'agitation furieuse et cherchait à s'enfuir; d'autres fois, on le voyait se soulever péniblement, descendre à tâtons et emporter sur ses épaules draps et couvertures en désordre et s'en aller à l'aventure, les yeux fixes, hagards, avec cette démarche particulièrement titubante qui rappelait les degrés avancés de l'ivresse. Dans ces cas, ils se laissaient ramener sans rien dire, remettre dans leur lit, et à toutes les observations qu'on leur faisait, ne répondaient que par un gémissement plaintif et inarticulé, ou par un profond soupir : toujours le délire et l'agitation étaient plus marqués dans la nuit. Chaque matin, il y avait un peu de rémission, calme relatif, quelquefois complet ; mais dans l'après-midi, les mêmes phénomènes reparaissaient graduellement pour s'aggraver encore jusqu'à la mort ou une nouvelle rémission.

Quant au sommeil, la privation en était générale au début et constituait un des symptômes les plus pénibles de la première période les malades demandaient instamment qu'on les fît dormir.

Troubles de la motilité. — J'ai déjà parlé de la faiblesse musculaire rapide, de la démarche vacillante ; je vais surtout rappeler les diffé-

rences des phénomènes de cet ordre dans les deux formes de la maladie. Avec l'adynamie coïncide la résolution des forces musculaires, le malade est couché dans le décubitus dorsal dans une immobilité complète, les bras pendants le long du corps, ou ramenés sur l'abdomen; le patient s'abandonne comme une masse inerte à ceux qui veulent le remuer; d'autres fois, il glisse insensiblement et prend dans le lit une position diagonale, la tête et les bras pendants presque jusqu'à terre, les pieds touchant la muraille.

Dans la forme ataxique, au contraire, ce sont des spasmes, des contractions isolées de certains muscles ou certains groupes de muscles, surtout de ceux du pharynx et du larynx, d'autres fois, des convulsions cloniques des muscles de la face, des soubresauts des tendons, des tremblements continuels, de la carphologie.

Appareil digestif. — Dès le début la muqueuse buccale n'offre rien de particulier, elle reste humide sans coloration anormale jusqu'au deuxième septénaire; plus tard elle participe à la sécheresse de la langue ou se couvre parfois de plaques diphtéritiques; cette diphthérite a affecté deux formes, dans l'une de petites plaques minces, d'un blanc brillant, à reflet un peu bleuâtre, quelquefois confluentes se montrent sur les gencives, la face interne des joues, les piliers et les amygdales et rarement au pharynx; d'autres fois c'est une pseudo-membrane épaisse, d'un jaune grisâtre, parsemée de points d'un gris beaucoup plus foncé, presque noir, tapissant en masse la cavité buccale, mais se détachant encore assez facilement, au prix d'une petite hémorrhagie. Cette seconde forme heureusement beaucoup plus rare que la première apparaissait un peu plus tôt vers le sixième et septième jour et a toujours été accompagnée d'accidents mortels; l'autre arrivant plus tard, vers le douzième jour, n'a jamais été mortelle et a souvent coïncidé avec la bronchite consécutive; la première s'est montrée quatre fois; la seconde vingt-cinq.

La langue humide, blanche ou saburrale dès le début devient plus

tard sèche, luisante, rouge, s'encroûte assez souvent de fuliginosités. Dans la forme ataxique elle est agitée d'un tremblement continuel et prend souvent cette forme singulière en boule qui l'a fait comparer à une langue de perroquet.

L'anorexie, constante dès le début, persiste jusqu'à la fin ; rémission du quinzième jour, comme le jour de retour de l'appétit.

Il y a souvent des nausées, rarement des vomissements.

L'abdomen a conservé sa forme normale dans le plus grand nombre des cas ; pendant le premier septénaire, il offrait un peu de sensibilité aux hypochondres ; l'hypertrophie du foie et de la rate se sont montrés assez souvent, mais pas avec cette intensité de certaines épidémies. La constipation n'a jamais fait défaut au début ; il a fallu quelquefois trois purgatifs pour la vaincre, mais dans le deuxième septenaire, elle est remplacée par une diarrhée peu abondante, fétide, qui s'accompagne assez souvent d'un peu de ballonnement, mais jamais de météorisme véritable, excepté dans un cas, c'était une femme qui avait pris en cachette, 5 doses de 30 gr. d'huile de ricin chacune du troisième au huitième jour de sa maladie. Je cite ce fait parce qu'il est de tous points conforme à l'enseignement de Graves, qui recommande avec instance de ne pas abuser des purgatifs et qui signale le météorisme comme un des fâcheux résultats de leur emploi exagéré. Je dois dire par contre que l'huile essentielle de térébenthine ne m'a pas donné, dans ce cas, les résultats qu'il en a obtenus.

Quand l'état s'aggrave, les selles deviennent involontaires sans beaucoup augmenter de fréquence. Deux fois seulement la diarrhée a persisté pendant la convalescence, mais a cédé aux moyens les plus simples.

Appareil respiratoire. — L'épidémie de Riantec a présenté cette particularité que la bronchite du début, si fréquemment observée au bagne de Toulon, ne s'est montrée que trois fois, tandis que celle de

terminaison a été observée soixante-cinq fois. Elle a même pris une intensité remarquable chez certains individus sans jamais amener la mort. Elle était caractérisée par les symptômes ordinaires, et surtout par des râles sous-crépitants très-fins qui envahissaient quelquefois la presque totalité des deux poumons, en respectant les sommets, tandis qu'à Toulon c'était cette partie qui était le plus souvent le siége de la bronchite. Une fois seulement s'est montrée une pneumonie au neuvième jour; la mort est arrivée le dixième. L'autopsie a révélé une hépatisation rouge de presque tout le poumon gauche. Ce cas avait offert la similitude la plus frappante avec la forme que les Allemands ont nommée broncho-typhus.

En dehors de ces complications, la respiration normale, au début, s'accélère rapidement, et s'est élevée, pendant le deuxième septénaire, dans les cas graves, jusqu'à 44, et n'a pas toujours été en rapport avec les battements du pouls. Le plus souvent, dans les cas graves, elle était purement diaphragmatique et abdominale, un jour ou deux avant la terminaison funeste. L'air expiré avait parfois une odeur aigre qui s'éloignait de l'odeur typhique exhalée par la peau.

Appareil circulatoire. — Les frissons du début ont manqué dans les deux tiers des cas. La température de la peau, observée malheureusement chez un trop petit nombre de malades, a donné cependant des résultats assez fixes pour qu'on puisse supposer qu'une observation plus étendue serait venue confirmer les résultats obtenus. Ils sont, du reste, en parfait accord avec les observations allemandes.

On peut en déduire la conclusion que : la température, qui dépasse 38 au début, présente, tous les soirs, une augmentation pouvant aller jusqu'à 1° sur celle de la matinée correspondante. Le chiffre de cette température s'élève progressivement jusqu'au quatorzième jour, ou reste stationnaire à partir du douzième. Dans les cas lé-

gers, elle ne dépasse guère 39°, s'élève au-dessus de 40 dans les cas graves, et ne monte jusqu'à 41° que dans les cas mortels. Mais le fait le plus remarquable est, à coup sûr, la rémission brusque qu'elle présente au matin du quinzième jour, et qui se traduit par une différence de 1°,5 et quelquefois 2°.

La fréquence du pouls est modérée au début, puisqu'il s'élève rarement au-dessus de 100 dans les premiers jours, et qu'il ne dépasse guère ce chiffre quand le cas doit être léger. Dans les cas graves, au contraire, il s'élève rapidement à 120 et va jusqu'à 140, quand la mort doit arriver. Je n'ai pas trouvé, dans la forme adynamique, ces abaissements du chiffre des pulsations qui ont été si fréquents dans d'autres épidémies. Une seule fois j'ai vu le pouls à 56, la veille de la mort, chez un homme de 65 ans.

Je n'ai pas eu à examiner le sang des saignées, n'ayant jamais pratiqué d'émissions sanguines générales. Mais le sang des rares hémorrhagies que j'ai observées était toujours très-noir, un peu diffluent; les caillots, non couenneux, étaient noirs, mais ils se laissaient déchirer facilement.

Je n'ai pu vérifier sur les malades de Riantec l'exactitude de la théorie de Stokes dans tous ses détails; mais j'ai constaté le plus souvent une diminution considérable de l'impulsion du cœur, qui n'était pas en rapport avec le pouls; mais jamais ni cette impulsion, ni le premier bruit n'ont disparu complétement. Le premier bruit parvenait sans aucun doute affaibli, mais le second n'était pas plus éclatant qu'à l'état normal.

Appareil urinaire. — Les urines de la première période sont rares, foncées en couleur; transparentes au moment de l'émission, elles se troublent par le refroidissement et laissent déposer un sédiment rougeâtre abondant, composé d'une grande quantité d'urates, de débris d'épithélium et d'un peu de mucus. Je n'y ai jamais trouvé d'al-

bumine à aucune période. Dans le deuxième septénaire, elles conservent le même caractère ou deviennent moins foncées et le dépôt est moins abondant. Dans les cas graves, l'émission des urines est involontaire. Sept fois il y a eu rétention passagère.

Dès que la rémission est arrivée, les urines deviennent limpides et abondantes.

Chez l'homme, l'appareil génital ne m'a fourni aucune remarque digne d'intérêt; chez la femme, l'influence de la maladie sur la menstruation s'est traduite ainsi qu'il suit : quand la première période de la maladie coïncidait avec l'époque ordinaire de la menstruation, celle-ci apparaissait soit au bout de l'intervalle régulier, soit trois ou quatre jours d'avance, et, le plus souvent, l'hémorrhagie était plus abondante et plus douloureuse qu'en l'état de santé. Quand, au contraire, les menstrues devaient apparaître dans la seconde période, elles étaient supprimées : la guérison obtenue, elles reparaissaient généralement au troisième mois.

J'ai eu à traiter dix femmes enceintes de trois à six mois; sur ce nombre, quatre ont avorté du huitième au dixième jour de la maladie. L'hémorrhagie a toujours été abondante, et, dans le seul cas qui se soit terminé par la mort, il a fallu pratiquer le tamponnement. L'hémorrhagie ne s'est pas reproduite, mais la mort est survenue le douzième jour, au milieu de symptômes ataxiques des plus marqués.

Le typhus régulier de Riantic peut donc être considéré comme présentant trois périodes, dont les deux premières, bien distinctes, se prolongent chacune pendant un septénaire. Le passage de la première à la seconde période est souvent assez difficile à suivre. Dans les cas graves, la seconde empiète assez souvent sur la première. Quand la mort doit arriver, elle a lieu généralement du dixième au douzième jour, quelquefois le quatorzième jour. Je ne connais que trois cas de mort tardive, un, dont j'ai déjà parlé, le dix-huitième jour; un autre chez lequel il s'était formé, pendant la convalescence,

un vaste abcès de la cuisse, et qui n'a pu faire les frais de cette énorme suppuration. Le troisième cas vint de l'extension opiniâtre d'une escharre de décubitus qui avait été totalement négligée. Je n'avais vu cette malade que longtemps après que les accidents du typhus étaient passés.

La convalescence a toujours été des plus rapides, puisqu'au bout d'un mois terme moyen, les malades reprenaient leur occupation.

Il n'y a eu qu'une récidive, pas une seule rechute.

Je n'ai rien vu qui ressemblât à ce que F. Jacquot a nommé la typhisation à petites doses.

Il n'y a pas eu un seul cas de typhus abortif.

Anatomie pathologique. — Le trop petit nombre d'autopsies praticables me force à glisser légèrement sur l'anatomie pothologique, d'autant plus que je n'ai aucun fait nouveau à signaler. Les cadavres présentaient toujours une putréfaction rapide, la rigidité cadavérique s'établissait assez promptement, mais durait un peu moins qu'à l'ordinaire ; on retrouvait sur le cadavre la trace des lésions cutanées qu'ils avaient présentées pendant la vie. Je n'ai pas trouvé de foyers hémorrhagiques dans l'épaisseur des muscles ni dans le tissu cellulaire. Chaque fois, mais surtout dans la forme ataxique des hyperémies très-marquées des méninges et du cerveau, qui présentait à la coupe un piqueté plus ou moins confluent, une seule fois la consistance du cerveau un peu diminuée presque toujours, un peu de sérosité citrine ou légèrement rougeâtre dans les ventricules ; dans ce dernier cas, les pléxus choroïdes étaient un peu injectés, le cervelet présentait le même état que le cerveau.

La bouche était ou vide ou remplie de matières visqueuses gluantes, ou de mucosités moins adhérentes ; la langue offrait les caractères qu'elle avait présentés avant la mort. Le pharynx, l'œsophage n'avaient rien de particulier ; l'estomac souvent sain offrait parfois des rougeurs en plaques ou en arborisation ; l'intestin grêle des degrés variables d'hyperémie de la muqueuse, mais jamais de taches de Rœderer; jamais d'ulcérations des plaques de Peyer, ni des follicules ; les

ganglions mesentériques un peu injectés sans hypertrophie ; le foie et la rate légèrement augmentés de volume, laissant écouler une grande quantité de sang à la coupe ; jamais d'infarctus ni de noyaux hémorrhagiques : le pancréas était congestionné comme les autres organes.

L'occasion ne s'est pas présentée de faire l'autopsie d'individus morts après la forme grave de la diphtérite. Il aurait été curieux de savoir si elle s'étendait au larynx et même plus bas ; il a été également impossible de vérifier si les ulcères laryngés signalés comme ausst fréquents que dans la fièvre typhoïde se sont montrés quelquefois. Les poumons ont été toujours fortement engoués à la partie postérieure dans un cas il y avait pneumonie au premier degré à gauche avec quelques adhérences ; pas d'épanchement pleurétique.

Le péricarde était toujours normal ; il a contenu une fois une petite quantité de sérosité citrine ; le cœur, toujours de dimensions normales peut être un peu moins consistant qu'à l'état normal ; je n'y ai pas trouvé la dégénérescence graisseuse qui fait la base anatomique de la doctrine de Stokes, mais il se peut qu'elle ait échappé à mon inexpérience. Les cavités droites étaient ordinairement remplies d'un sang noir, poisseux, liquide ; les gauches contenaient des caillots fibrineux qui, une fois se prolongeaient jusque dans l'aorte.

Les reins ont été toujours trouvés congestionnés sans altération appréciable, la vessie vide ou remplie d'une petite quantité de liquide, la muqueuse n'a jamais offert d'altérations sensibles.

En résumé hyperémie ou congestion passive des principaux organes, voilà tont ce qui résulte de ces recherches nécroscopiques.

Le typhu de Rientec ne pouvait être confondu qu'avec un petit nombre de maladies, et à part la fièvre typhoïde il était facile de le différencier au bout de quelques jours. Les premiers symptômes du début permettaient de le confondre avec un exanthème fébrile tel que la variole, la rougeole ou la scarlatine ; mais la variole se distingue par la violence de la rachialgie l'intensité du mouvement fébrile, les épistaxis ; la scarlatine par l'angine qui lui est spéciale ; enfin, la

rougeole avec laquelle la ressemblance est plus complète puisqu'elle se prolonge au delà de l'éruption. Mais la rougeole a son coryza et son larmoiement, et quand l'éruption a paru, le cortége symptomatique est trop différent pour qu'on puisse s'y tromper ; je ne signale que pour mémoire la fièvre à rechutes et la méningite cérébro-spinale. Reste donc la fièvre typhoïde et je vais résumer en un tableau les différences si nettes que j'ai constatées presque chaque jour pendant la durée de l'épidémie.

(*Voir le tableau à la page suivante.*)

Les considérations auxquelles je me suis livré en commentant les tableaux statistiques, me permettent d'être bref en ce qui concerne le pronostic. J'ai déjà établi l'immunité des enfants à la mamelle, le peu de gravité de la maladie, jusqu'à l'âge de 15 ans, la mortalité plus grande pour le sexe masculin, l'élévation de cette mortalité à mesure qu'on se rapproche de la vieillesse. Les constitutions vigoureuses ont peut-être présenté le plus grand nombre de cas graves; mais elles ont mieux résisté d'une façon générale. Les professions ne m'ont pas paru exercer d'influence spéciale. Elles sont du reste trop peu diversifiées pour donner matière à quelques conclusions.

Quant aux habitudes alcooliques, elles ont toujours paru avoir une influence fâcheuse ; les individus qui présentaient des signes certains d'alcoolisme étaient plus gravement atteints et chez eux la forme ataxique s'est montrée plus souvent et plus tôt. Les variations atmosphériques ne m'ont pas semblé avoir d'influence sur le développement individuel de la maladie; je veux dire que l'exposition au froid, à l'humidité, aux rayons d'un soleil ardent, m'ont paru ne pas devoir être rangées dans la catégorie des causes occasionnelles.

La contagion dominait tout; peut-être s'il m'avait été donné de voir la maladie, alors qu'elle n'existait pour ainsi dire qu'à l'état endémique, aurais-je pu saisir le lien qui la rattache peut-être aux causes atmos-

TYPHUS	FIÈVR TYPHOIDE
1. Contagion plus grande, plus saisissable.	1. Contagion moindre.
2. Rareté des épistaxis et autres hémorrhagies.	2. Fréquence des épistaxis et autres hémorrhagies.
3. Injection manifeste des conjonctives et rougeur de la face au début.	3. Pas d'injection conjonctivale, pas de rougeur particulière de la face.
4. Constipation opiniâtre des premiers jours.	4. Diarrhée dès les premiers jours.
5. Eruption spéciale, exanthèmo-pétéchial se montrant plutôt très-confluente, se terminant par une desquamation sensible.	5. Eruption discrète; taches rosées lenticulaires beaucoup plus rarement accompagnées de pétéchies.
. Absence de sudamina.	6. Fréquence des sudamina.
7. Apparition plus rapide des phénomènes cérébraux.	7. Apparition plus tardive des phénomènes cérébraux.
8. Souplesse de l'abdomen, absence de météorisme, apparition tardive de la diarrhée, toujours modérée.	8. Météorisme, gargouillement, diarrhée persistante souvent abondante.
9. Absence de dicrotisme.	9. Pouls souvent dicrote.
10. Durée plus courte de la maladie se prolongeant rarement au delà du 2e septénaire.	10. Durée plus longue de la maladie se prolongeant souvent au delà du 3e septénaire.
11. Mort rapide de 10e au 12e jour.	11. Mort plus tardive.
12. Convalescence brusque, prompte, sans accident ni rechûtes.	12. Convalescence longue, pénible, rechutes beaucoup plus fréquentes.
13. Absence complète de la lésion des plaques de Peyer et des ganglions mésentériques.	13. Altération constante des plaques de Peyer de follicules et des ganglions mésentériques.
14. Rareté de l'hypertrophie considérable de la rate.	14. Fréquence de l'hypertrophie de la rate.

phériques et vérifier l'observation de Graves sur la fréquence du refroidissement comme cause déterminante.

Les signes pronostiques tirés des symptômes ont été faciles à saisir : l'intensité de la céphalalgie, l'injection vive des yeux et de la face, la débilité musculaire rapide et prononcée, l'opiniâtreté de la constipation annonçaient ordinairement un cas grave. Une stupeur prononcée dès le début et l'apparition rapide du délire étaient toujours du plus fâcheux augure. La confluence de l'éruption, une coloration foncée, l'apparition rapide de pétéchies nombreuses avaient la même signification; j'ai dit ailleurs qu'une seule fois une éruption discrète s'accompagna d'accidents mortels.

Dans la seconde période, la forme ataxique a toujours été plus grave; les soubresauts des tendons, la fixité du regard, la contraction des pupilles, la langue du perroquet annonçaient toujours le danger, dans la forme adynamique, la faiblesse de l'impulsion du cœur, le décubitus dorsal, l'immobilité absolue, la somnolence invincible constituaient les signes les plus fâcheux. Dans les deux formes l'exagération de l'odeur typhique était des plus graves.

Au contraire, quand l'issue de la maladie devait être heureuse, on constatait que du dizième au douzième jour l'aggravation des symptômes était moindre, l'état restait à peu près stationnaire à partir du onzième jour; la bronchite terminale n'a jamais amené de terminaison fâcheuse, mais annonçait toujours une durée plus longue de la maladie.

Les deux éruptions diphtéritiques avaient chacune une signification diamétralement opposée, la première constamment suivie de guérison, la seconde toujours mortelle.

Les parotides et les abcès en raison de leur petit nombre n'ont pu servir comme signes pronostiques, et il n'est même pas permis de les signaler comme phénomènes critiques.

Enfin, la surdité totalement indépendante des doses de sulfate de quinine ingérées, a toujours été un signe des plus heureux et dont les habitants n'avaient pas tardé à apprécier la valeur.

N'ayant jamais vu de typhiques dans les premiers moments qui ont suivi l'apparition de la céphalalgie ou du premier frisson, je n'ai pu me conformer à la recommandation formulée par Graves dans les termes suivants : « Si j'étais mandé pendant une épidémie de typhus, auprès d'un individu présentant des frissons, de la céphalalgie, de la chaleur à la peau, de la fréquence du pouls et de la courbature, et si je le voyais quelques heures seulement après le début de l'indisposition, je lui prescrirais certainement une saignée et un vomitif, et je crois qu'il aurait alors de grandes chances d'échapper à la maladie. »

Dans la majorité des cas, quand les signes d'embarras gastriques bilieux n'existaient pas, quand la langue était blanche, quand il n'y avait ni nausées, ni vomissements, je commençais par administrer un purgatif. C'était tantôt le sulfate de soude ou de magnésie, tantôt l'huile de ricin. Je n'ai pas remarqué, ainsi que l'a fait M. le médecin en chef Burrallier, que l'action de cette dernière ait été supérieure; dans quelques cas, j'étais forcé de revenir au purgatif, le premier n'ayant produit aucun effet; mais je me défiais de cette pratique et j'aimais mieux me contenter d'un lavement ou revenir à l'administration d'un vomitif. Dans les cas où l'enduit de la langue était épais et jaunâtre dès le début, j'employais tout de suite l'ipéca, et je n'ai pas tardé à généraliser cette pratique, qui m'a donné les meilleurs résultats; en effet, la céphalalgie diminuait, la soif devenait moins vive, et souvent il arrivait un peu de sommeil.

La constipation une fois vaincue se reproduisait rarement. La diarrhée de la seconde période s'établissait d'elle-même, et avait souvent besoin d'être combattue.

En même temps, j'administrai le sulfate de quinine à doses variables, suivant le sujet. J'étais guidé dans l'indication de ce médicament par la rémission matinale et par l'espoir d'obtenir dès le début des effets hyposthénisants. Je commençai par l'administrer à de plus larges doses, 0 gr. 50 centigr. à 1 gr. 50; tandis que, dans

la seconde période, alors que je recherchai surtout l'état tonique général, je me contentais le plus souvent de deux doses de 0 gr. 25, une le matin, une le soir.

Pour combattre la céphalalgie, j'avais recours aux moyens ordinaires : l'eau fraîche pure ou additionnée de vinaigre, d'eau sédative, les cataplasmes sinapisés aux extrémités inférieures. Le chlorhydrate d'ammoniaque qui avait eu de si heureux effets au bagne de Toulon, ne m'a pas aussi bien réussi; cela dépend peut-être de la négligence avec laquelle les médicaments étaient trop souvent administrés, peut-être aussi n'en ai-je pas assez poursuivi l'emploi, et me suis-je laissé trop facilement décourager par les premiers insuccès.

Quand les selles étaient régulièrement établies, je faisais prendre dans la journée, par cuillerée, une potion soit à l'extrait de quinquina, soit avec l'acétate d'ammoniaque, selon la tendance que la maladie montrait à prendre une forme plutôt qu'une autre dans le passage à la seconde période.

Quand l'insomnie persistait après les premiers jours de la maladie, j'étais toujours tourmenté par les demandes réitérées des malades qui me priaient avec instance de les faire dormir. J'ai employé tour à tour le sirop d'opium, les sirops de sel de morphine, la poudre de Dower, et j'ai trouvé que cette dernière préparation agissait plus sûrement et à des doses proportionnellement moindres, que les autres préparations opiacées.

Le délire était généralement combattu par les antispasmodiques, le musc surtout soit seul, soit associé au camphre.

Dans la forme purement adynamique, j'avais recours à l'extrait de quinquina associé au sirop d'écorce d'oranges amères, et dissous soit dans l'eau, soit dans une petite quantité de vin de Malaga; en même temps j'administrai de temps en temps quelques cuillerées de forte infusion de café noir, de l'eau vineuse, et souvent des frictions sur toute la surface du corps avec l'alcool camphré pur ou additionné d'une certaine quantité de teinture de noix vomique.

Dans la forme ataxique, j'avais plutôt recours à l'acétate d'ammoniaque associé aux antispasmodiques ordinaires. Les gommes-résines, en particulier l'asa-fétida, ne m'ont donné que des résultats insignifiants.

Mais c'est surtout dans cette forme que j'ai eu à me louer de l'emploi des vésicatoires. Je les appliquai presque toujours aux cuisses, rarement aux mollets, quelquefois à la nuque; j'aurais voulu les faire appliquer souvent sur le cuir chevelu, préalablement rasé, mais il y avait des difficultés pratiques et des résistances sur lesquelles je n'ai pas besoin de m'appesantir.

Les mauvaises conditions dans lesquelles j'opérais ne m'ont pas permis de recourir aux affusions froides dans l'intérieur des villages, et, dans les cas traités à l'hôpital, l'indication précise ne s'en est pas présentée.

Mais les affusions tièdes m'ont réussi assez souvent.

Dans les cas où les deux formes se confondaient, j'employais la combinaison des moyens énoncés plus haut.

Quand les symptômes adynamiques prenaient un développement extraordinaire, quand ils s'annonçaient, ainsi que l'a si bien montré Graves, par une insomnie opiniâtre, une agitation constante, une injection très-marquée de la conjonctive, le savant professeur de Dublin recommande une médication sur laquelle il s'étend longuement dans son livre, et dont il a retiré de merveilleux effets. Il est vrai qu'il entre dans une foule de détails sur la marche à suivre dans ces cas formidables, et qu'il insiste surtout sur la nécessité préalable des émissions sanguines et des vésicatoires sur le cuir chevelu. Je n'ai jamais employé les émissions sanguines générales. Les quelques cas où j'ai cru devoir appliquer des sangsues en nombre très-modéré, m'ont paru se compliquer plus vite, et passer plus rapidement à la forme mixte. Quoi qu'il en soit, j'ai tenu à employer le le mode de traitement préconisé par Graves, c'est-à-dire le tartre stibié associé à l'opium, en rappelant scrupuleusement les recom-

mandations du savant irlandais. Un premier succès m'a donné du courage, mais il est resté seul. Est-ce négligence, est-ce défaut d'application des moyens thérapeutiques préliminaires, est-ce simplement différence dans le génie intime de l'épidémie? Je l'ignore. Une autorité comme celle de Graves ne peut pas être battue en brèche par un résultat partiel contraire à ses affirmations. Aussi, je me borne à signaler le fait, et à souhaiter que, le cas échéant, un concours de circonstances heureuses permette aux médecins français d'employer, dans toute sa rigoureuse exactitude, une méthode qui, dans les mains de son auteur, a été si féconde en résultats inespérés.

Pour boisson, j'accordais le plus souvent des limonades, du tilleul aromatisé, de l'eau vineuse, mais presque toujours les malades s'en plaignaient bien vite et réclamaient à grands cris de l'eau fraîche. Je n'ai pas tardé à me rendre à leurs désirs, en ne permettant toutefois que l'ingestion de petites quantités à la fois; cette pratique n'a jamais donné que d'excellents résultats, et m'attirait toujours des remercîments de la part des malades.

Quant au régime, je n'ai jamais soumis les malades à une diète rigoureuse; chaque fois qu'il était possible on administrait du bouillon, des potages ou des bouillies très-claires, une petite quantité de vin.

Pour la bronchite de la seconde période, j'ai toujours obtenu d'excellents résultats de l'application des vésicatoires volants et de l'emploi du kermès à petites doses, en même temps que l'on continuait les toniques.

La première forme de diphthérite ne résistait presque jamais à l'emploi de moyens très-simples, tels que collutoires, boratés, gargarismes alumineux.

Dans la forme grave, les cautérisations, soit avec le crayon, soit avec la solution concentrée de nitrate d'argent, n'ont amené aucune amélioration.

Une fois la rémission arrivée, le traitement devient des plus simples; il suffisait de soutenir les forces du malade en réglant l'emploi des toniques et l'augmentation de la nourriture.

Mais, ce sur quoi je ne manquai jamais d'insister, ce qui pour moi constitue la bonne moitié du traitement, c'était la nécessité d'une bonne hygiène, de grands soins de propreté, d'une ventilation régulière, de l'éloignement des déjections, des lavages répétés du linge, etc., etc. Mais, les conditions étaient trop mauvaises, l'apathie trop considérable; on m'écoutait attentivement, mais on ne tenait pas compte de mes prescriptions; bien souvent la misère en rendait l'exécution impossible. Aussi, malgré le concours dévoué de plusieurs personnes, malgré la charitable intervention d'un riche propriétaire des environs, le mal s'est-il prolongé, et a fait, dans la population de Riantec, des vides que de longues années ne suffiront pas à combler.

CONCLUSIONS

1° La maladie observée à Riantec est le typhus exanthématique régulier ;

2° Il est né sur place dans les conditions ordinaires qui président au développement de cette maladie ;

3° Primitivement endémique, il a pris plus tard le caractère épidémique, et ne l'a plus perdu jusqu'à sa disparition complète ;

4° Il a été essentiellement contagieux et transmissible ;

5° Il a présenté une gravité moyenne et une mortalité un peu moindre que celle des épidémies de la guerre de Crimée et du bagne de Toulon.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MEDICALES

Anatomie et histologie normales. — Des os du membre inférieur.

Physiologie. — Usages du nerf facial.

Physique. — Calorimétrie; chaleurs spécifiques, chaleurs latentes.

Chimie. — Combinaisons de l'azote avec l'oxygène. Caractères et préparation de l'acide azotique.

Histoire naturelle. — Caractères généraux des oiseaux. Comment les divise-t-on? De l'œuf de poule; ses usages en thérapeutique et en pharmacie.

Pathologie externe. — Du mode de traitement des fractures compliquées de plaies.

Pathologie interne. — De l'ataxie locomotrice progressive.

Pathologie générale. — Des complications morbides.

Anatomie et histologie pathologiques. — Des calculs biliaires.

Médecine opératoire. — Du cathétérisme des voies lacrymales.

Pharmacologie. — Quel est l'alcool que l'on doit employer en pharmacie? Quels sont les principaux degrés de concentration auxquels on l'emploie? Quels sont les principes qu'il dissout?

Comment prépare-t-on les teintures alcooliques simples ou composées?

Thérapeutique. — Des voies d'élimination des médicaments.

Hygiène. — Des eaux potables.

Médecine légale. — Qu'est-ce qu'un antidote? A quelle époque de l'empoisonnement doit-on l'administrer?

Accouchements. — De l'ictère des femmes enceintes.

Vu, bon à imprimer,

BOUCHARDAT, Président.

Permis d'imprimer,

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.